**Anno XXII.** *Roma, 27 giugno 1915* **Fasc. 26**

# IL POLICLINICO

## SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

### SOMMARIO.



*AVVISO AI NOSTRI SIGNORI ABBONATI:*

Col 30 corrente mese cessa il termine utile per poter ottenere per sole

**Lire 2**

il nostro **PREMIO STRAORDINARIO**

Dott. G. MENDES

Capitano medico nel 2° Reggimento granatieri, già Aiuto negli Ospedali di Roma

**MANUALE di Medicina e Chirurgia di guerra.**

Coloro quindi che intendono profittarne, si affrettino a spedire cartolina vaglia da **Lire Due**, la quale dovrà essere indirizzata al **prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46 - Roma.**

Trascorso detto termine, il volume resterà in commercio al suo prezzo normale di **Lire Cinque.**

L'AMMINISTRAZIONE.

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## OSSERVAZIONI CLINICHE.

### Due casi di "morbo ceruleo".

### Il sintoma ascoltatorio del Bonardi per la diagnosi di pervietà del setto interventricolare cardiaco

per il dott. FRANCESCO GIUGNI
libero Docente di patologia medica
all'Univ. di Roma.

Ho potuto osservare due casi di morbo ceruleo o di cianosi secondaria a vizio cardiaco datante dalla congenitura. Non posso riportare di questi, come di un altro caso che fu già oggetto di una mia pubblicazione i dati necroscopici, ma riferendo brevemente la storia e i rilievi clinici tratterò particolarmente di un sintoma ascoltatorio illustrato dal Bonardi, la cui presenza avevo già rilevato nel mio precedente lavoro, e della cui importanza ho tratto oggi più ferma convinzione.

Il primo caso riguarda un bambino di due anni e mezzo da me osservato in una località di campagna in provincia di Ravenna e studiato nell'ospedale di Fusignano assieme al direttore dott. Gotti ed al sig. Preda che mi favorì gentilmente le fotografie. La radiografia del cuore che qui unisco, è dovuta alla cortesia del professor Rossi direttore dell'Ospedale di Lugo.

I CASO. — A... M..., di Carlo di mesi 30 abitante in via Tratturo (prov. di Ravenna) municipio di Alfonsine.

*Anamnesi.* È figlio primogenito di genitori sanissimi. La madre ha un secondo bambino di 10 mesi che è benissimo sviluppato: non ha avuto aborti; la sua prima gravidanza fu normale; non andò soggetta a traumi nè ad alcuna malattia; partorì a termine colla sola assistenza della levatrice. Il travaglio del parto fu alquanto lungo e laborioso e il bambino fu espulso presentando segni evidenti di asfissia, tanto che la levatrice dubitò a lungo che potesse sopravivere. Racconta la madre che fin dai primi giorni notò una tinta oscura del volto e delle mani e uno stato di assopimento del bambino che stentava a poppare. Sotto l'influenza del freddo poi, o quando il bambino piangeva la colorazione scura si rendeva più marcata. Lo sviluppo del piccolo paziente fu notevolmente ritardato: a due anni soltanto cominciò a muovere i primi passi, e non parla ancora. Andò soggetto ad affezioni bronchiali, mai però ad alcuna forma esantematica; la madre stessa notò uno stato di affanno nel bambino e una notevole concitazione cardiaca per cui ricorse sovente all'opera del medico. In questi ultimi tempi ha notato nel suo bambino degli attacchi improvvisi di ambascia notturna che lo facevano svegliare di soprassalto, e durante il giorno dei deliqui che sovente lo portavano a cadere.

*Stato presente.* Bambino che per l'età presenta uno sviluppo corporeo alquanto arretrato, che ha però masse muscolari e pannicolo adiposo discretamente sviluppati e mostra qualche anomalia scheletrica a carico della gabbia toracica. Il colorito della faccia e delle estremità presenta una forte tinta cerulo-violacea, tinta che si osserva in modo permanente, ma che si accentua in modo evidente se il bambino piange o si ribella all'esame. Le dita delle mani e dei piedi presentano la caratteristica delle dita a clava o bacchetta di tamburo. Non ha affezioni glandolari. Presenta segni evidenti di ambascia respiratoria e il respiro è frequente (45 m'), Il polso è frequentissimo (150 - 180) ineguale, leggermente aritmico ma non tardo, e abbastanza pieno. Non ha temperatura febbrile.

*Esami locali.* Capo: lo sviluppo cranico è alquanto sproporzionato allo sviluppo scheletrico. La fontanella triangolare non è ancora totalmente chiusa. Il bimbo non pronunzia che scarse parole ma comprende abbastanza bene il linguaggio materno.

Fig. 1.

Faccia: notevole è il colore violaceo-scuro diffuso a tutto il volto che si accentua alle orbite, ai pomelli, alla punta del naso, ai lobuli dell'orecchio e in ispecie alle labbra dove la tinta è quasi nera. Sui tratti mimici regolari, spicca la forma del naso piuttosto allungata e colla punta a foggia di pallottola. Non è ben precisabile, data l'età del bambino, lo sviluppo e la funzione dei sensi specifici, ma dal referto materno non sembrano esistere lesioni della funzione visiva, uditiva, dell'olfatto e del gusto. I globi oculari sono normalmente sporgenti e bene mobili. Il colorito della sclera è di un cenerino intenso. Le pupille sono ampie e reagiscono normalmente agli stimoli. Non mi è stato possibile avere il reperto dell'esame del fondo oculare. La lingua è bene emessa, di volume normale e di colore addirittura nero, come pure intensamente scura è la mucosa orale. La

dentatura è ancora incompleta, ma l'impianto è regolare. Normale lo stato delle tonsille. Nessun disturbo nella deglutizione.

Collo: è sottile, esile e presenta notevole turgore dei fasci venosi nonchè pulsazioni evidenti alle carotidi e al giugulo.

Torace: la metà sinistra della gabbia è visibilmente più sviluppata specie nella regione precordiale. Ne risulta una deviazione dello sterno e una lieve cifo-scogliosi vertebrale. L'apparato respiratorio ad un esame sistematico non rivela che scarsi rantoli a medie e grosse bolle nelle parti più declivi.

una figura ipofonetica a forma di cupola che per circa due centimetri occupa il tratto cartilagineo della terza costa e il terzo spazio sinistro fuori della marginale dello sterno.

L'ascoltazione mette in rilievo un rumore di soffio che si ascolta su tutta l'area cardiaca ed occupa tutta la fase sistolica. Meno forte alla regione della punta esso acquista una intensità e un timbro rude sul corpo sternale a livello della terza costa, e si dirige in alto con propagazione evidentemente più forte verso il focolaio aortico e si ascolta ancora nettamente propagato alle carotidi.

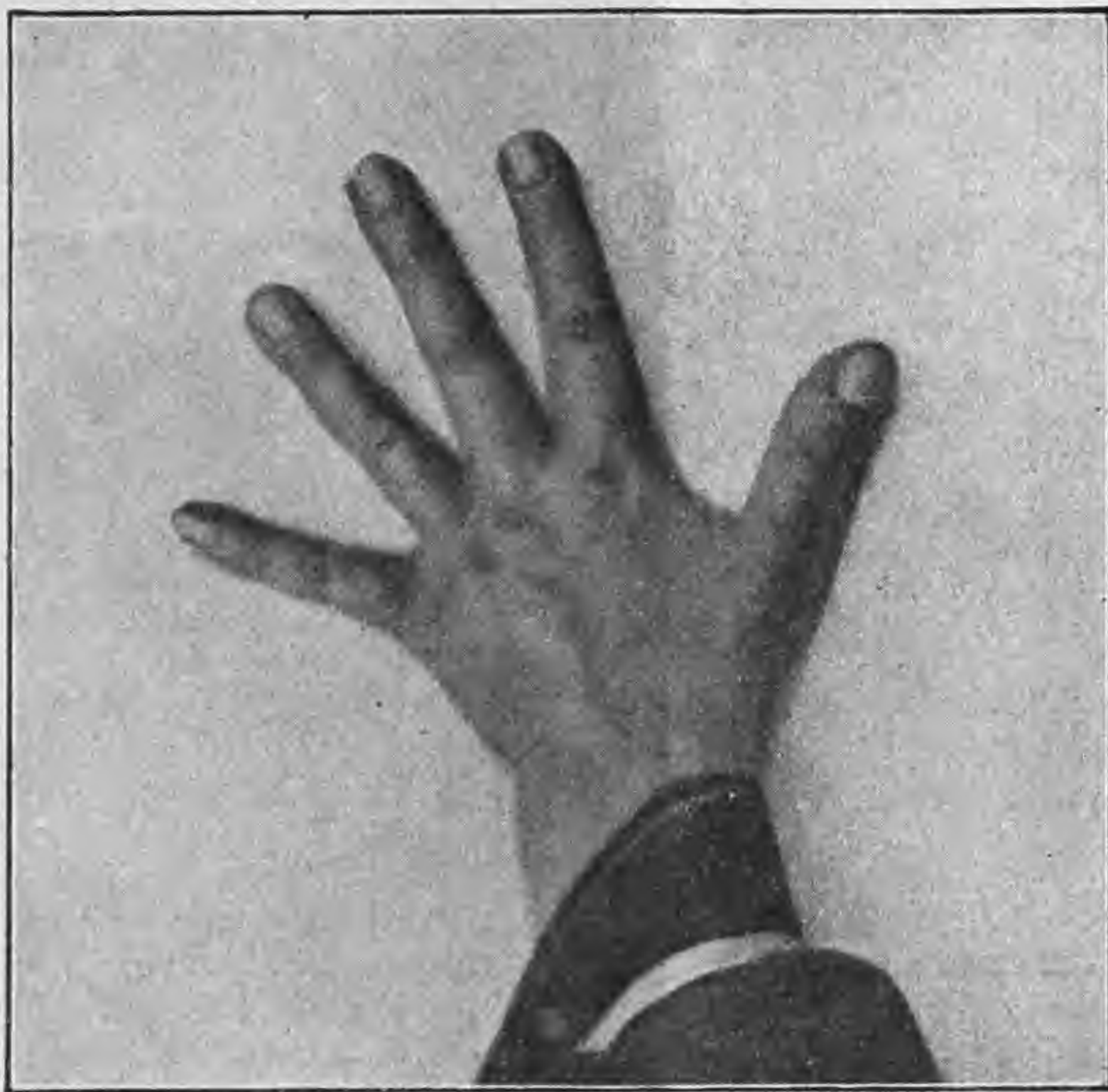



Fig. 2.

Apparato circolatorio: è notevole l'impulso cardiaco diffuso e scuotente tutto il precordio che produce al bambino un senso di affanno e di ambascia evidente. Non si determina all'ispezione l'itto della punta e non appaiono rientramenti della parete a speciale significato.

Colla palpazione si fissa nel sesto spazio fuori della emiclaveare, e l'urto appare diffuso. Si palpa un fremito forte, rude, su tutta l'area, che dalla punta si fa più sensibile verso il corpo sternale e si dirige in alto, irradiandosi nella sua grande intensità anche fuori dello sterno bilateralmente. Non si ha però la percezione netta di due fremiti distinti e a direzione divergente sebbene il dato palpatorio si abbia ancor intenso in punti analoghi bilaterali equidistanti alle linee margino-sternali. La percussione rivela un ingrandimento e una deformità dell'area del cuore. La punta si circoscrive al sesto spazio. Il diametro trasverso cardiaco appare sensibilmente aumentato giungendo col suo limite destro alla margino-sternale destra, a livello dell'attacco della quarta costa. Mentre in alto a sinistra sul tratto cartilagineo della terza costa il suono non rivela che un brevissimo tratto di ipofonesi orizzontale, a destra invece sul tratto omologo si delimita colla percussione

Nel secondo spazio intercostale sinistro il rumore si ascolta ancora intenso, meno superficiale che sul focolaio aortico e la sua propagazione avviene pure verso sinistra nella regione sottoclaveare fino alla fossetta del Morenheim. Non mi è stato possibile acusticamente differenziare due rumori in base al timbro, al tempo o alla durata e nemmeno a una sicura diversità di direzione; però prendendo a raffronto due punti omologhi di ascoltazione, nel secondo spazio, bilateralmente, sulle margino-sternali, dirò che a destra, sebbene il rumore di soffio apparisse più intenso e superficiale, aveva quivi le linee di propagazione più verso l'alto alle carotidi, mentre a sinistra si propagava più lateralmente verso la fossetta di Morenheim.

Il tono secondo appare marcato sul focolaio aortico; è impercettibile sul focolaio clinico della polmonare.

Addome: è alquanto tumido ma non presenta segni di versamento endoaddominale.

Il fegato è sensibilmente aumentato nel suo volume è arrotondato nei suoi bordi. Non è pulsante.

La milza è appena fuori dell'arcata costale. Gli arti sono notevolmente scuri specie nelle parti più distali, freddi, e le dita delle mani e

dei piedi presentano un ingrossamento tipico della ultima falange che dà loro la forma clavata o a bacchetta di tamburo (V. fot. 2).

*Esami speciali.* Nessun dato patologico a carico delle orine. Esame del sangue: Hmgl. 135; globuli rossi 6,720,000; globuli bianchi 17,200. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 67; eosinofili 7; mononucleati grandi e medi 10; linfociti 16.

II CASO. — Più breve e solo riferentesi a dati di rilievo anamnestico e semeiotico è la storia di questo secondo paziente che ebbi occasione di esaminare a Messina nello studio del professor Spagnolio.

Mi riprometto di eseguire un studio più esatto e corredato da ricerche collaterali, se riuscirò a persuadere il paziente a venire a Roma dal suo paese di Bagnara. La diagnosi della malattia in questo caso era già stata formulata dal prof. Gabbi che ripetutamente aveva visitato il paziente.

V... O..., del fu Carmine, di anni 13, abitante a Pellegrina in frazione di Bagnara, prov. di Reggio Calabria.

*Anamnesi.* Non esiste nulla di importante nel gentilizio. Il paziente nacque da madre sana che aveva avuto una gravidanza (la terza) normale. Non sembra, da quanto sanno riferire i fratelli maggiori, che il parto fosse più che di solito laborioso; certo non occorse il sussidio chirurgico. Fin dai primissimi tempi la madre s'accorse che il bambino aveva la faccia e le mani scure e facilmente era preso da affanno. La colorazione scura del volto e della faccia fu persistente e si accentuava negli sforzi di pianto, col freddo e con gli strapazzi. Non soffrì gli esantemi dell'infanzia, ma fu soggetto a disturbi bronchiali, e qualche volta ad attacchi forti di dispnea ed oppressione, con senso talora di deliquio e crampi alle gambe. Crebbe inetto a qualsiasi lavoro.

*Stato presente.* È un ragazzo abbastanza alto, sottile, con irregolarità scheletrica toracica e della colonna vertebrale. Presenta al volto e specie alle mucose, alle mani e ai piedi una intensa colorazione violaceo-scura. Integro è il sistema linfatico e glandolare. Il polso dà 80 battute al minuto: è ritmico, pieno e non facilmente compressibile. Il respiro è frequente, superficiale, 36 al minuto.

Capo: di normale sviluppo: il ragazzo è abbastanza intelligente ma di carattere apatico e chiuso. I tratti mimici sono simmetrici. La colorazione bleu è accentuata alle orbite, alle labbra, ai lobuli auricolari, e alla punta del naso che è allungata è a forma arrotondata. Nessun fatto degno di nota a carico dei sensi specifici. La fonazione è a timbro basso e rauco: la deglutizione normale.

Collo: è molto esile e lascia disegnare la rete venosa nonchè un forte impulso delle carotidi.

Torace: il paziente accusa senso di cardiopalmo. La gabbia toracica è sensibilmente più sviluppata a sinistra per un evidente rialzo precordiale. La colonna vertebrale devia lateralmente con leggera convessità a sinistra. A carico dell'apparato respiratorio esistono abbondanti rantoli a medie e grosse bolle diffusi a tutto l'albero polmonare ma più accentuati alle basi. Non si ascoltano rumori pleurali.

Cuore. Ispezione: il precordio è scosso *in toto* da un forte impulso e l'itto si determina nel sesto spazio, all'infuori della mammillare sinistra.

Palpazione: si apprezza un fremito felino, sistolico, che ha la massima accentuazione sullo sterno a livello della terza cartilagine e si dirige in alto obliquamente verso destra seguendosi sul manubrio, lungo la margino-sternale destra.

Percussione: la punta si fissa al sesto spazio un centimetro e mezzo fuori della emiclaveare. Il limite superiore del diametro obliquo è all'attacco della seconda cartilagine. Misura 14 centimetri. Il diametro trasverso va dalla emiclaveare sinistra a 2 centimetri fuori della margino-sternale destra a livello della quarta costa e misura 15 centimetri. Colla percussione lineare si vede che la linea ipofonetica che segue il margine destro cardiaco, fa colla ipofonesi epatica un angolo molto acuto e il bordo ipofonetico in alto a livello del terzo spazio si sposta a destra fuori dello sterno formando una specie di cupola latero-superiore destra. Sulla terza costa sinistra invece il tratto orizzontale è appena di 2 centimetri.

Ascoltazione: si ha un soffio sistolico intenso, rude, che ha il massimo di intensità al punto d'attacco della terza cartilagine sinistra collo sterno, e si propaga non con direzione nettamente trasversale, ma bensì obliquamente in alto e a destra e si sente ancora nettamente ai giugulo e alle carotidi. Ascoltando nel secondo spazio sinistro si ode il rumore di soffio sistolico che appare più profondo e di timbro alquanto differente, e la sua direzione, nonchè la linea di propagazione nettamente verso sinistra lo distinguono dal soffio descritto. Il secondo tono è piuttosto vibrato ed ineguale e si ascolta con più evidenza sul focolaio aortico. Nessun dato ascoltatorio importante a carico della mitrale.

Addome: nessun disturbo soggettivo o funzionale. Il fegato è sensibilmente ingrandito, non pulsante. La milza non è palpabile.

Arti: le mani in ispecie sono notevolmente cianotiche, fredde e presentano il caratteristico ingrossamento dell'ultima falange nella forma più classica. Eguali fatti, ma in minor grado, si osservano a carico degli arti inferiori.

I due casi presentano in via anamnestica e nel rilievo clinico dello stato presente molti punti di contatto e la diagnosi relativa al vizio cardiaco si può affermare identica in ambedue i pazienti. La cianosi data in entrambi dalla nascita e le modalità della comparsa, la sua manifestazione classica, quale ci viene riferita in patologia, la rivelano dipendente da un vizio cardiaco, additando anche la qualità del vizio, tale cioè che nella idraulica cardiaca venga turbata in modo permanente la via immediata che il sangue percorre per compiere la sua ossigenazione. La statistica ci nota che la grande maggioranza di tali casi riguarda la stenosi della polmonare che è quasi sempre congenita. In entrambi i pazienti l'ingrandimento e la peculiare deformazione della figura cardiaca, il fremito fe-

lino e il rumore sistolico forte e rude che ha la massima intensità sui focolai della base e nette propagazioni in alto, porta ad ammettere tale diagnosi. Ed è da escludersi subito in via differenziale una stenosi anatomica dell'aorta, sebbene, come si è detto, il rumore si propaghi anche a destra e sia trasmesso lungo le carotidi, e ciò per un dato precipuo, il polso, che era in ambedue piuttosto pieno, e non presentava i caratteri di polso lento e tardo che sono i principali segni di tale affezione. Non si può supporre nemmeno si tratti di un'altra anomalia congenita molto rara, quale la persistenza del dotto di Botallo, che restando una via di scarico come nella vita endo-uterina tra i due grossi vasi arteriosi, non potrebbe mai produrre un rumore di soffio così forte, occupante tutta la sistole e originantesi a livello del terzo spazio intercostale.

In base alla osservazione dei dati necroscopici attentamente studiati nel mio primo caso già pubblicato e sulla guida di rilievi semeiotici e clinici che pure in quel caso coesisterono in un dato periodo, credo che oggi si possa concretare una diagnosi più esatta e precisa del vizio cardiaco in ambedue questi pazienti.

Questi dati importanti di ordine clinico si devono principalmente alle interessanti osservazioni che il Bonardi ha svolto in una serie di studi che illustrano molti casi di vizi cardiaci congenitali.

La deformazione della figura lineare cardiaca quale risulta dalla percussione, ha un primo interesse. In ambedue i casi i diametri cardiaci appaiono allungati, ma più il trasverso che l'obliquo, a testimoniare che questo ingrandimento è dipendente più dal cuore destro. Ma ancora più importante è il rilievo della figura ipofonetica che si traccia in alto e a destra della linea cardiaca come segno evidente dell'ingrandimento della orecchietta destra. Questo dato poi assume uno speciale valore inquantochè invece i dati percussori non rivelano ingrandita l'orecchietta sinistra. Tali rilievi clinici vengono confermati dalla radiografia qui riportata che mostra nel primo caso un ingrandimento più evidente a carico del cuore destro che del sinistro.

L'interpretazione di questa figura radiografica risulta certo più chiara unitamente ai dati della osservazione radioscopica, alla quale ho potuto assistere. Il cuore appare notevolmente aumentato nei suoi diametri (si tratta di un bambino di 30 mesi) ed ha assunto quella posizione e la forma che i radiologi chiamano a ciabatta. Lo speciale rialzo della regione della

Fig. 3.

punta sopra la linea diaframmatica potrebbe essere, a parer mio, il risultato di un ingrandimento più del ventricolo destro che del sinistro e di un movimento di rotazione del cuore.

L'osservazione radioscopica poi mostrava che l'ombra cardiaca che protunde dallo sterno nel 3° e 4° spazio destro era dovuta, dato il suo asincronismo di battito con le contrazioni ventricolari, alla orecchietta destra notevolmente aumentata. Pure l'osservazione radioscopica confermava il dato percussorio che non rivelava un ingrandimento della orecchietta sinistra perchè non esisteva una ipofonesi sul tratto lineare della terza cartilagine costale; e l'ombra che si osserva nella radiografia deve interpretarsi dovuta al tratto discendente dell'aorta.

È dovuto questo aumento dei diametri a dilatazione, o a vera ipertrofia, o quale fra queste due è predominante? Già l'osservazione di un impulso valido e diffuso, di un tono vasale discreto, di condizioni generali del paziente, come nel caso 2°, abbastanza buone, portava ad ammettere che tali fatti non si conciliavano con un semplice sfiancamento e dilatazione del ventricolo destro.

L'osservazione radioscopica poi ha dimostrato chiaramente che tanto l'orecchietta quanto il ventricolo destro erano animati da contrazioni forti e ben visibili, a testimonianza che l'ingrandimento si doveva in gran parte ad ipertrofia muscolare cardiaca. Ma il dato ascoltatorio era di ben maggiore importanza ed io credo di poter confermare oggi in questi due casi quel sintoma che il Bonardi ha descritto come patognomonico della pervietà del setto interventricolare.

L'A. lo descrive come *un rumore sistolico sincrono col rumore e col fremito rude trasversale a livello della terza cartilagine costale bilateramente e che dal focolaio clinico della aorta si propaga in alto ed un poco a destra nella fossa sotto-clavicolare e si apprezza ancora nettamente sulle carotidi, succlavie, ascellari e diramazioni minori. È un rumore classico,* dice il Bonardi, *di stenosi aortica, quale si ha nella stenosi anatomica come nella stenosi clinica.*

Queste condizioni si sono verificate nei due casi da me studiati. Il massimo d'intensità, e si può dire l'origine del rumore sistolico, era sul corpo sternale a livello dell'attacco della terza cartilagine sinistra; la sua propagazione avveniva obliquamente in alto verso la marginosternale destra, e si ascoltava sul secondo spazio intercostale destro, propagandosi sotto la clavicola e nettamente alle carotidi. Non ho rilevato la propagazione alle succlavie o alle ascellari. Il rumore dunque era quello della stenosi aortica. Però, come ho potuto verificare più attentamente nel caso secondo, che era un ragazzo tredicenne, meglio prestantesi alla osservazione, se si poteva apprezzare questo soffio forte, superficiale sul secondo spazio destro, anche nel secondo sinistro, cioè sul focolaio di ascoltazione clinico della polmonare si apprezzava un soffio pure sistolico e perfettamente sincrono all'altro che appariva più profondo e di timbro differente, timbro quasi musicale.

Era questo un altro soffio da distinguersi da quello che si aveva sull'aorta e dipendente dal passaggio del sangue attraverso la polmonare stenosata?

Mi sembra che ciò si debba ammettere con tutta probabilità anche perchè il rilievo semeiotico affermava una propagazione verso sinistra, che non si potrebbe spiegare da un soffio originantesi nell'aorta. Non ho apprezzato però colla palpazione una distinzione netta di due fremiti a direzione divergente, perchè il fremito forte, nella sua intensa propagazione, dal corpo sternale saliva in alto irradiandosi bilateralmente ed uniformemente.

Esistevano dunque due soffi, ambedue sistolici, perfettamente sincroni ed ambedue di origine arteriosa, che si possono interpretare come originati, l'uno dall'orifizio stenosato dell'arteria polmonare, l'altro dal passaggio del sangue dal ventricolo destro ipertrofico nel sinistro, con propagazione questo lungo l'aorta dove appunto il sangue veniva in gran parte scaricato in seguito all'ostacolo della via polmonare.

È noto da tempo in patologia cardiaca come sintoma della pervietà del setto interventricolare il dato ascoltatorio descritto dal Roger, come un rumore di soffio a direzione trasversale sul corpo sternale a livello dela terza costa; ma tale sintoma per sè, come fatto ascoltatorio isolato, male si interpreta in base alle leggi acustiche della trasmisisone dei rumori nella meccanica circolatoria.

Il Bonardi ha svolto con fine intuito critico queste leggi che regolano la propagazione dei rumori cardiaci originati dai vortici della corrente sanguigna deviata od ostacolata nella sua direzione. Le linee di propagazione acustica nei vizi arteriosi e in quelli mitralici seguono queste leggi fisiche in modo esatto.

Ad esempio nella insufficienza delle valvole aortiche il reflusso del sangue dalla arteria durante la diastole ventricolare dà origine a un rumore che è prodotto dai vortici formantesi nel passaggio del sangue refluo attraverso le valvole imperfettamente chiuse, ma questo reflusso non ha deviata la sua direzione dalla corrente sanguigna che entra contemporaneamente nel

ventricolo sinistro dalla orecchietta, e perciò la linea di propagazione del rumore diastolico da insufficienza valvolare aortica avviene lungo il corpo sternale, cioè nella direzione della corrente reflua dall'aorta. Eguali considerazioni si possono applicare alla interpretazione delle linee di propagazione dei vizi mitralici. Nella pervietà del setto interventricolare invece queste condizioni non si avverano.

Si deve prendere anzitutto in considerazione il fatto che nella grande maggioranza dei casi tale anomalia riguarda la *pars membranacea septi*, cioè quella più alta che divide i due bulbi arteriosi, e quella che nel feto è l'ultima a completarsi. Ammessa dunque tale pervietà del setto, consecutiva alla stenosi dell'arteria polmonare, il sangue spinto con forza dall'aumentata pressione del ventricolo destro ipertrofico passerà attraverso il foro del setto e qui, per il passaggio entro una parete ineguale e ristretta, si formeranno dei vortici che daranno origine ad un rumore. Ma questa corrente cacciata dal ventricolo destro trova subito alla sua entrata nel sinistro la corrente che questo ventricolo spinge contemporaneamente nell'aorta, ed è necessariamente deviata nella direzione ed obbligata a dirigersi nell'aorta. La linea di propagazione del rumore dovrà essere allora lungo la direzione della corrente, e cioè lungo l'aorta, come si trattasse di un rumore da stenosi aortica. La propagazione in senso trasversale si potrebbe concepire solo in caso di grande sfiancamento e dilatazione passiva del ventricolo sinistro, ciò che potrà aversi forse in certi periodi di forte scompenso cardiaco, ma che non concorda colle numerose osservazioni anatomiche che svelano spesso in questi casi una ipotrofia e una diminuzione del lume del ventricolo sinistro.

Il reperto necroscopico di numerose osservazioni, compresa quella già da me descritta, dà del fenomeno la più esatta e logica interpretazione. Nel caso già da me pubblicato (vedi « Bibliografia ») il cuore era ruotato in modo che il ventricolo destro notevolmente ipertrofico formava la punta e gran parte della regione anteriore cardiaca. La sezione anatomica mostrava chiaramente che questo movimento di rotazione era il prodotto di un compenso di meccanica circolatoria. La massa sanguigna del ventricolo destro, non potendo trovare uscita per la polmonare notevolmente stenosata, era cacciata attraverso l'apertura del setto, corrispondente alla *pars membranacea*, quasi direttamente nell'aorta, perchè appunto tale apertura corrispondeva alla origine del vaso arterioso. Il ventricolo destro nella modalità della sua ipertrofia e con la speciale rotazione si era portato sul prolungamento della linea dell'asse della aorta che rappresentava per lui la via principale di scarico.

Infatti una sonda fatta discendere lungo il lume aortico, entrava direttamente nel foro del setto e seguiva l'asse maggiore del ventricolo destro. Il ventricolo sinistro era piuttosto ipotrofico e non appariva dilatato.

Esistevano dunque esattamente le condizioni per la formazione di un rumore e per la sua propagazione lungo l'aorta.

Il sangue spinto dal ventricolo destro trovava un lume ristretto e di ineguale contorno nel foro del setto pervio e originandosi qui dai vortici un rumore, questo veniva propagato lungo l'aorta, via diretta, immediata e principale dello scarico sanguigno, e divenuta per lo speciale spostamento quasi un prolungamento dell'asse del ventricolo destro.

Ma questa peculiare disposizione anatomica nei rapporti del cuore e dei grossi vasi che si può facilmente rilevare dalle figure unite alla mia prima pubblicazione dava ragione anche di un altro fatto. Sebbene in quel caso io avessi constatato nel rilievo clinico in vita che il rumore sistolico basilare pure ascoltandosi intenso sul focolaio della polmonare con propagazione a sinistra, anche a destra era udibile su focolaio aortico e in un dato periodo anche trasmesso alle carotidi, ammettevo di non aver mai avuto l'impressione di due soffi distinti da caratteri acustici e da diversa direzione, tali cioè da dover ammettere una doppia genesi.

Il mutato rapporto del cuore e dei grossi vasi giustificava questo fatto, perchè l'anomalia di posizione era tale che i due grandi vasi arteriosi venivano a trovarsi, nel loro primo tratto, su una stessa direzione e sovrapposti l'uno all'altro in modo che i due rumori, sincroni per tempo, originantesi circa allo stesso livello, e con direzione identica al loro inizio potevano non essere distinti alla ascoltazione.

Questo reperto anatomico giustificava dunque pienamente il rilievo clinico, e il sintoma ascoltatorio che oggi ho verificato in questi due nuovi casi guida per logica induzione ad ammettere una diagnosi di pervietà del setto interventricolare.

Non si deve dimenticare che le anomalie congenite del cuore sono varie e molteplici nelle loro combinazioni che possono riguardare non soltanto gli orifici valvolari ma le speciali vie della circolazione fetale, quale il dotto e il foro di Botallo o interessare il setto interventricolare.

Siccome però la statistica segna nella gran maggioranza dei casi lesioni a carico dell'arteria polmonare che portano a un restringimento del suo lume, e secondariamente a questa lesione

si ha pure sovente dalla statistica delle osservazioni anatomiche una concomitante mancata saldatura del setto interventricolare, che rappresenta quasi una necessaria conseguenza e un compenso di idraulica circolatoria al vizio della polmonare, così il sintoma ascoltatorio descritto dal Bonardi acquista una notevole importanza per la diagnosi di questa anomalia cardiaca.

Le mie osservazioni confermano pienamente il rilievo clinico, e sono convinto che ulteriori casi, completati dal reperto anatomico ne metteranno ancora più in luce l'importanza diagnostica.

BIBLIOGRAFIA.

BONARDI. *Sopra un caso di stenosi acquisita della polmonare complicata da perforazione del setto interventricolare.* Morgagni, ag. 1894.

ID. *Sulla formazione e propagazione dei rumori cardio-arteriosi, secondo la dottrina matematica dei fili-vortici.* Rivista critica di clinica medica, n. 30, 1908.

ID. *Di un sintoma preciso per la diagnosi clinica della perforazione del setto interventricolare del cuore.* Ibidem, n. 29, 1909.

ID. *Contributi alla conoscenza dei vizi composti di cuore.* La Clinica medica, n. 3, 1899.

ID. *Intorno alla diagnosi clinica di pervietà del setto interventricolare del cuore.* Nota del Regio Istituto lombardo di scienze, 9 aprile 1914.

GIUGNI. *Un caso di vizio cardiaco congenito. Reperto necroscopico. Alcune considerazioni intorno alla cianosi congenita.* Rivista critica di clinica medica, nn. 6-7, 1912.

## Di un caso di morbo ceruleo o di malattia azzurra

per il dott. EUGENIO GIOVANNINI.

Lo studio delle lesioni congenite cardiache è sempre un argomento molto importante in quanto offre allo studioso un campo assai vasto per quella ricerca clinica, che si propone la maggior esattezza possibile nell'interpretazione delle sindromi cardio-vascolari. E poichè tale studio offre ostacoli innumerevoli per la grande variabilità e complessità delle lesioni, interessanti gli apparecchi valvolari sia del cuore che degli ostî arteriosi, così ogni sforzo sistematico dello studioso per mettere in rilievo qualche nuovo particolare, atto a portare maggior lume sulla questione, è opera, oltrechè utile, doverosa.

Il caso da me preso in considerazione e seguito col maggior interesse durante il mio esercizio professionale di medico condotto non esorbita nel suo insieme dalla descrizione classica della malattia, fatta dai migliori trattati, ma presenta però qualche peculiarità, degna di attenzione e che io stimo opportuno di segnalare agli studiosi.

Trattasi di una donna sui 38 anni: certa C.. B..., maritata G..., la quale fino dalla nascita presenta le note caratteristiche di una lesione congenita di cuore: quali una colorazione violacea della pelle e delle membrane mucose, ed accessi ricorrenti di palpitazioni cardiache dolorose e di dispnea più o meno intensa.

Nulla esiste nel suo gentilizio, tale da far pensare ad una eredità di organo. Il babbo è morto per una forma carcinomatosa allo stomaco. La madre è vivente e sana e non presenta alcuna anomalia a carico dell'apparecchio circolatorio. La donna è coniugata con un uomo sano, robusto e lavoratore. Due fratelli di lei sono viventi e sani. Praticato in essi l'esame del cuore, non risultò alcunchè di anormale. Un fratello è morto di tubercolosi polmonare. La paziente ha avuto tre sorelle, di cui una morì qualche giorno dopo la nascita per causa indeterminata, un'altra a nove mesi di difterite, e la terza a 13 anni di febbre tifoide.

La fanciullezza e l'adolescenza di questa donna sono trascorse senza episodi morbosi, degni di rilievo. Unico particolare da essa ricordato con precisione è il seguente: di avere cioè da ragazza invidiato più volte le proprie compagne, che potevano abbandonarsi a tutti gl'impeti della loro età, senza avvertire alcuno di quei fenomeni spiacevoli che lei provava in seguito a qualche movimento più rapido del corpo od a qualche fatica sostenuta: fenomeni che consistevano in un improvviso affanno ed in una grande pesantezza agli arti inferiori. Ricorda pure di avere avuto sempre una sensazione di freddo, diffusa a tutto il corpo ed alle estremità in ispecie. La madre della paziente dice che la tinta bluastra delle parti scoperte del corpo, appena visibile nei primi anni, si accentuò in seguito man mano fino ad acquistare all'incirca l'intensità della tinta attuale nel periodo della pubertà. D'altro canto la sintomatologia del grave difetto circolatorio, rimasta fino ad allora abbastanza silenziosa, parve si spiegasse con maggior chiarezza, allorchè la paziente, andata a marito, subì le diverse vicende della sua nuova condizione di genitrice. Così le crisi dispnoiche divennero più frequenti e più facili sotto l'influenza di cause svariate ed erano sempre accompagnate da cardiopalmo intenso e doloroso. In un'epoca ebbe anche a soffrire qualche disturbo a carico dell'apparato digerente, ma, dopo alcune cure, ne guarì.

A 24 anni ebbe un aborto alla 4ª settimana. A 26 anni un parto prematuro all'ottavo mese, che fu caratterizzato da rottura precoce e parziale della borsa delle acque, con un gemizio delle stesse che si prolungò per un mese circa. Come conseguenza di questo parto si ebbe una perimetrite, che obbligò la paziente a lunghe cure. In seguito si ebbe un aborto al 2° mese ed uno successivo al terzo mese. Si ebbe infine un parto a termine. Ma esso fu seguito da emorragia post-partum tanto imponente da richiedere la somministrazione dei comuni emostatici, somministrazione però che provocò tali disturbi asfittici nella malata da metterne a serio rischio l'esistenza. La figlia — l'unica figlia — venuta alla luce in questo parto è tuttora vivente e sana e conta 10 anni. Nessuna anomalia essa presenta a carico dell'apparato circolatorio. L'ultimo avvenimento della vita sessuale fu un aborto. La

donna è stata sempre una donna lavoratrice, ad onta dei suoi disturbi, temperata nel bere e nel mangiare.

Durante il mio esercizio fui un giorno chiamato d'urgenza al letto della donna. La paziente, addirittura bluastra in viso, era quasi in stato di ortopnea e presentava palpitazione violenta e diffusa a tutta la regione cardiaca. La crisi era stata preceduta da emoftoe ragguardevole che perdurava e fu poi seguita da tosse con espettorazione sanguigna, che si prolungarono per circa 10 giorni. Alla palpazione si apprezzava subito un fremito marcatissimo — vero fremito felino — su tutta l'area cardiaca, mentre l'ascoltazione rivelava nettamente un soffio intenso e prolungato, quasi un fremito, sullo stesso ambito.

Per ristabilire il compenso, rotto così d'improvviso in seguito ad uno sforzo, cui la donna si era sottoposta, pensai di istituire subito una cura tonico-calmante, somministrando morfina e digitale associati. La crisi in tal modo andò dileguandosi, la dispnea decrebbe man mano, l'azione cardiaca, disordinatissima, si ricompose, scomparvero la tosse e l'espettorazione sanguigna. Si ebbe solo come ultimo residuo un modico versamento nella pleura destra, che però in breve scomparve completamente.

Consigliai alla paziente una vita igienica e dietetica opportune, consiglio che forse non fu sempre seguito sia per contingenze particolari di famiglia, sia anche in forza di abitudini inveterate. Cosicchè si ebbe in seguito la ripetizione di altre crisi, ma molto più lievi della precedente, in cui però si ripresentava facilmente una modica espettorazione sanguigna. E come causa provocante il parossisma non solo potevo mettere in rilievo un possibile sforzo o fatica. Ma potei notare che l'accesso sorgeva anche quando la paziente non aveva il beneficio (e spiegherò la ragione di questa parola) di due mestruazioni mensili, regime che per lei era perciò divenuto come fisiologico.

L'esame della paziente, ripetuto negl'intervalli fra le crisi, mi dà questi resultati:

La donna è di statura piuttosto elevata, di costituzione scheletrica regolare, con masse muscolari discretamente sviluppate. La nutrizione generale del corpo è piuttosto deficiente. La pelle del viso, dei padiglioni auricolari, delle mani e della prima metà degli avambracci presenta una tinta cianica molto marcata, con esposizione dei capillari cutanei dilatati ed iniettati di sangue bluastro. Anche le mucose visibili presentano egual tinta: così le labbra quasi ardesiache, così le congiuntive, così la mucosa nasale ed orale. Questa tinta speciale della pelle e delle mucose, pure rilevabile in altre regioni del corpo, come sul contorno dell'areola mammaria ed ai genitali esterni — si attenua grandemente durante il riposo, come io stesso ho potuto constatare al mattino, per ristabilirsi a poco a poco nella stazione eretta e per divenire intensa, tostochè si inizino gli estremi della temperatura ambiente o sotto l'influenza di qualsiasi sforzo. La dentatura presenta queste particolarità: mancano alcuni denti, essendo caduti ed i rimanenti sono coperti di concrezioni calcaree e vacillanti sulle gengive turgide e violacee. Le estremità delle dita sono ingrossate a mo' di bacchetta da tamburo e l'ingrossamento non sembra doversi riferire ad anomalie della falangetta, come si potè constatare alla radioscopia, ma piuttosto all'organizzazione di infiltrati nel tessuto connettivo.

Le unghie sono spesse ed arcuate in modo tutto caratteristico. La temperatura ascellare della paziente — presa in diverse volte — oscilla fra un minimo di 35.5 ed un massimo di 36.5.

Il torace è assai sviluppato, di forma normale. Fosse sopra e sotto clavicolari piuttosto marcate. All'esame degli organi interni, nulla di notevole da parte dell'apparato respiratorio se si eccettua una respirazione leggermente soffiante verso la base sinistra e qualche lieve crepitio a destra, sulla linea emiscapolare, dove la donna accusa ad intervalli un dolore puntorio in corrispondenza della spalla omonima. La respirazione è piuttosto frequente: il numero delle respirazioni è di 24.

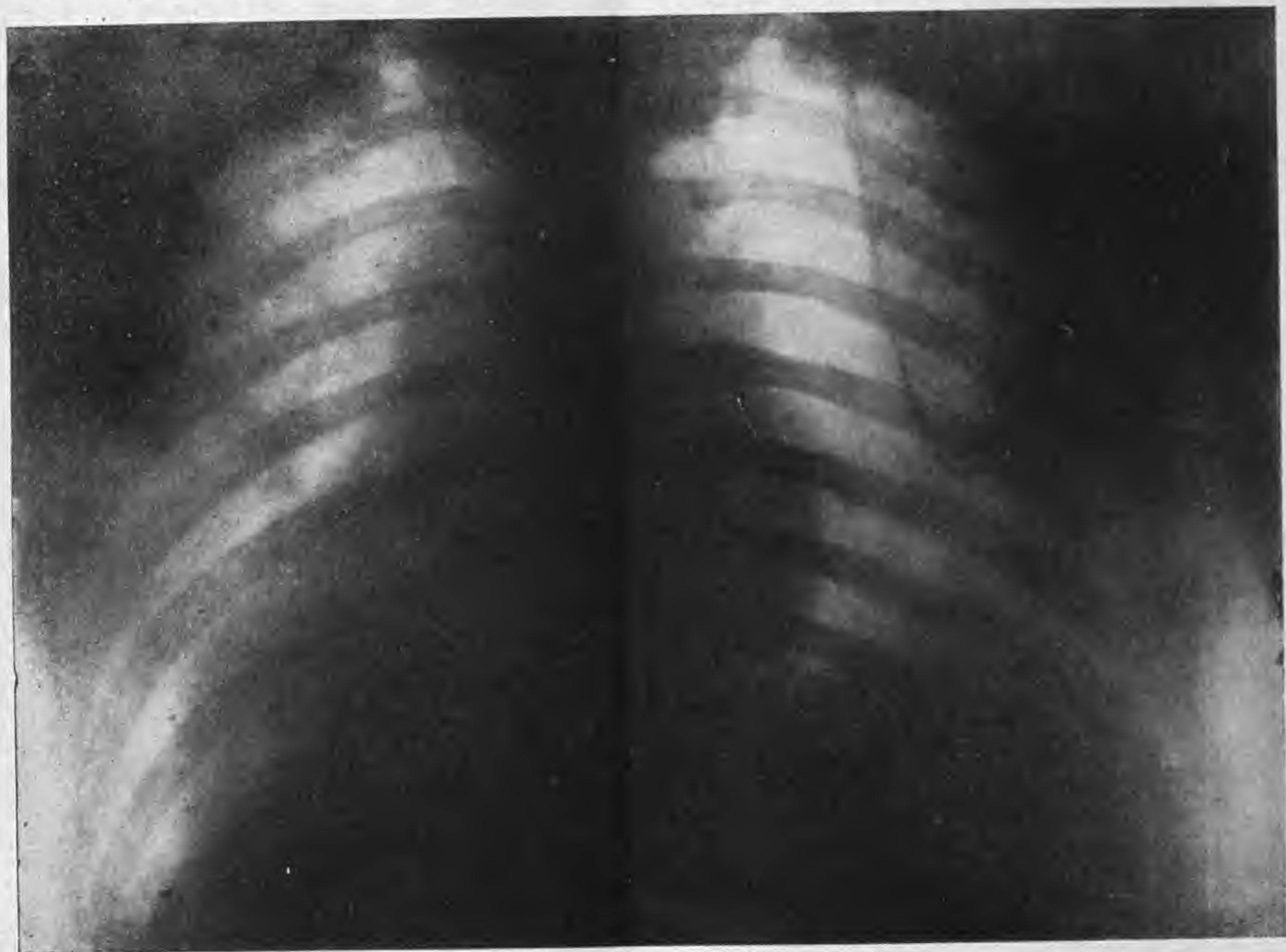
All'esame dell'apparato circolatorio noto: all'ispezione non vi è prominenza della regione cardiaca, nè si apprezzano palpitazioni abnormi: l'ictus è abbastanza marcato. La palpazione precisa meglio l'intensità dell'ictus, che localizza al margine superiore circa della 6ª costa sulla emiclavicolare e percepisce pure un fremito oscuro su tutta la regione. La percussione rivela ingrandimento dell'area cardiaca *in toto*. Così il limite superiore trovasi all'altezza della 3ª costa, il margine destro sulla parasternale destra; la punta anche alla percussione si constata abbassata e spostata alquanto in fuori.

I resultati dell'ascoltazione sono i seguenti che trascrivo, facendo notare quanto sia difficile il poterli precisare con sicurezza, anche ad onta di ripetute osservazioni. Alla punta si ascolta il primo tono seguito a distanza da un soffio prolungato, che precede immediatamente il secondo tono normale; sul focolaio della tricuspide il primo tono è sempre ben individualizzato, ma è ben tosto seguito da un soffio prolungato, mentre il secondo tono diviene più oscuro. Sul focolaio poi della polmonare il primo tono può dirsi sostituito da un soffio prolungato ed il secondo tono appena percettibile, mentre su quello dell'aorta l'ascoltazione rivela meglio i due toni divisi da un soffio leggero, che ha tutti i caratteri di un rumore trasmesso a distanza.

Cosicchè in ordine d'intensità del fenomeno può dirsi che il soffio — sistolico di tempo — si presenta più evidente e prolungato sul focolaio della polmonare, tanto evidente e prolungato da rendere meno percettibile il secondo tono, il che fa credere che esso abbia origine *in situ* e derivi sopratutto da una riduzione di calibro dell'arteria polmonare. Inoltre, mentre il soffio alla punta occupa la seconda metà del periodo sistolico, quello percepito sul focolaio della tricuspide e della polmonare occupa, si può dire, l'intera sistole. Il che può significare che questo ultimo coincide con l'inizio della contrazione del ventricolo destro e perdura sia in forza della maggiore corrente diretta attraverso l'apertura o le aperture del setto interventricolare verso il ventricolo sinistro, sia per l'ostacolo offerto dalla polmonare. Mentre per condizioni opposte si apprezza con apparente ritardo alla punta.

Questo soffio ha come carattere generico una certa dolcezza e rassomiglia vagamente al rumore prodotto da un sottile getto di vapore.

Sottilizzando ancor più la mia osservazione ho potuto constatare che detto soffio diviene sempre più spiccato man mano ci si allontana dalla punta. Così risalendo verso il capo sternale della quarta costa fino al secondo spazio intercostale sinistro può costruirsi idealmente una figura, il cui asse maggiore è dato da una linea molto vicina alla marginale sinistra dello sterno e che rappresenta la zona dove il fenomeno si apprezza più evidente. Ora, stando a certi autori, quali — ad esempio — il Potain, un soffio soffio coi caratteri già notati. Non si apprezzano battiti nè sulle giugulari, nè sulla regione epigastrica. Il polso sulle radiali è assai valido e regolare. Il numero medio delle pulsazioni è di 62.

La circolazione periferica si compie con difficoltà, come lo dimostra la dilatazione delle anse capillari cutanee, da cui la tinta cianica sopra rilevata. Però non esistono altre manifestazioni apprezzabili della stasi venosa generale: quali lo stato di congestione passiva dei

Radiografia posteriore del torace.

percettibile su di un territorio di forma siffatta appartiene con molta approssimazione ad una perforazione del setto interventricolare, tenendo presenti i rapporti delle superfici ventricolari con la parete del torace. D'altro canto il Roget ha potuto meglio precisarlo e, chiamandolo soffio mesocardico, l'ha trovato caratteristico di un'affezione (malattia di Roget), in cui sussiste appunto la pura e semplice pervietà del setto interventricolare senza concomitante stenosi della polmonare.

Anche posteriormente sul torace ho potuto avvertire questo soffio sistolico, intenso e prolungato, lungo la linea paravertebrale sinistra e più precisamente fra la seconda e la sesta vertebra dorsale, con un massimo d'intensità all'altezza della seconda vertebra: ciò che farebbe ritenere che una delle ragioni di questa trasmissione al dorso sia — oltre che per l'anormale comunicazione fra i due ventricoli, per cui il rumore può sembrare originato nel ventricolo sinistro — anche per il tramite del fascio vascolare.

Il quale rivelasi assai ingrandito alla percussione, mentre anche al giugulo si apprezza il



visceri addominali e gli edemi, di cui non si apprezza affatto traccia neppure ai malleoli.

I resultati dell'esame fisico del cuore e dei grossi vasi, da esso originantisi, che dimostrano l'area cardiaca ingrandita *in toto* e dimostrano altresì l'ectasia del fascio vasale, sono rivelati molto chiaramente dalla seguente radiografia, eseguita sul torace della paziente dall'egregio amico prof. Mario Nissim.

Nulla di notevole da parte degli altri apparecchi. Il fegato deborda appena dall'arco costale. La milza non è ingrandita. La funzione sessuale è normale, ad onta della stasi evidente pure nei genitali esterni.

Non sono mai esistiti disturbi dell'intelligenza. Non vi è torpidezza intellettuale, nè abulia. Assenza costante di qualsiasi vertigine.

Le urine non contengono nè albumina, nè zucchero.

La sindrome fenomenologica, seguìta nella sua completa evoluzione, i resultati dell'esame fisico degli organi interessati, dimostrano nella paziente due ordini di lesioni congenite: le une

a carico del cuore, le altre a carico dei vasi, che da esso si dipartono.

E più precisamente due ordini di lesioni a carico specialmente del cuore destro, che sembra si concretino in una comunicazione anormale fra i due ventricoli per probabile mancato saldamento del setto ed al tempo stesso in un restringimento notevole nel lume dell'arteria polmonare.

Di qui avrebbe la sua origine il soffio intenso e prolungato percettibile sulla maggior parte del cuore destro e più manifesto sul focolaio di ascoltazione della polmonare.

Per la meccanica circolatoria ne derivò anzitutto miscela del sangue venoso coll'arterioso, di cui la corrente diretta dal ventricolo destro al ventricolo sinistro doveva essere l'espressione principale per il maggior ostacolo, da essa trovato sulla polmonare, ristretta nel suo calibro.

Nonostante tale esquilibrio circolatorio, tradotto nella manifestazione più caratteristica della malattia, qual'è quella — come abbiamo veduto — della stasi capillare e della tinta cianica, diffusa alla pelle e mucose visibili, la natura provvida oppose all'ostacolo circolatorio l'ipertrofia con dilatazione prevalente nel ventricolo destro ed un'ipertrofia di grado più modico, sia consensuale, che autonoma, del ventricolo sinistro. Come risulta dalla radiografia surriportata.

Non solo, ma permise, fino dalla nascita, un vero e proprio adattamento graduale dell'organo ad un dissesto così profondo, in modo che il viscere, ad un'osservazione superficiale, poteva, negl'intervalli fra le crisi, dare una parvenza di funzione normale.

È ovvio poi che, dato il maggior volume della massa sanguigna, sospinta nell'arco aortico nell'unità di tempo, ne derivasse un'ectasia dell'arco stesso, come può pure rilevarsi dalla suddetta radiografia.

L'adattamento fu così completo, da permettere alla paziente, all'infuori di fatiche eccessive od eccessive emozioni, di attendere alle sue occupazioni non sempre lievi e di permetterle di giungere ad un'età assai avanzata — 38 anni — per lesioni di tal genere e così complesse.

È bensì vero che essa non ebbe mai a soffrire lesioni acute all'apparato respiratorio, le cui conseguenze, è ovvio, sarebbero state disastrose.

Adattamento che può facilmente rilevarsi dalle sempre più rare manifestazioni dell'anossiemia bulbare, quali possono in fondo interpretarsi la dispnea e le palpitazioni parossistiche, che forse ebbero un'intensità maggiore durante il periodo più fruttifero della vita sessuale della paziente senza dubbio per un aumento nel lavorìo circolatorio, con un risentimento maggiore sulla circolazione venosa generale. Non solo, ma anche da tutta la sintomatologia negativa, presentata dalla paziente stessa, quale la mancanza quasi costante di edemi, di versamenti cavitarî e di congestioni viscerali. Come pure dall'assenza di quella torpidezza in certe funzioni più squisite (funzione cerebrale, sessuale) che sembrerebbero una conseguenza ineluttabile della stasi venosa generale.

E se vi furono periodi di scompenso con parossismi relativi, bastò una piccola somministrazione di digitale per rendere il cuore obbediente e restaurare la sua funzione normale.

Il caso porge inoltre qualche utile insegnamento. Infatti avendo presente che la tinta cianotica nella paziente diveniva sempre più manifesta man mano l'organismo andava sviluppandosi, se ne potrebbe dedurre che insieme all'aumento nella cavità del ventricolo destro sia avvenuta come logica conseguenza una riduzione nell'ostio della polmonare, in modo da determinare uno scarico preponderante del ventricolo destro attraverso il setto, rimasto pervio, anzichè per la via arteriosa normale, ristretta nel suo calibro.

E per avere una riprova abbastanza plausibile di questo fatto basta considerare come nella malattia di Roget, in cui — come abbiamo veduto — esiste la pura e semplice pervietà del setto interventricolare senza concomitante stenosi della polmonare, la cianosi non si verifica quasi mai. Ciò che fa ritenere che nel torrente arterioso si riversi una quantità sufficiente di sangue ossigenato, al contrario di quanto avviene nel caso più complesso offerto dalla paziente.

Così pure riflettasi all'azione degli emostatici interni su un siffatto sistema circolatorio: stasi maggiore e rapida in un circolo venoso già sovraccarico con facili ripercussioni nel campo della polmonare. Di qui gli accessi asfittici, susseguiti a somministrazione di segale cornuta e che misero in serio pericolo la paziente. Il qual fenomeno potrebbe servire anche per dimostrare, oltre la comune azione esercitata dalla segale cornuta e dai suoi principî attivi e derivati sul muscolo uterino (generalmente ammessa come preponderante) una più vasta azione vasocostrittrice della stessa sostanza sulla circolazione generale e, nel caso particolare, sulla circolazione del polmone. E se pensiamo alla stasi cronica nel circolo utero-placentare avremo pure una probabile spiegazione del comportamento patologico delle gestazioni nella paziente, che — come dissi — ebbe in tutto 4 aborti ed 1 parto prematuro, escludendo per l'interpreta-

zione più esatta di quest'ultimo fenomeno ogni influsso di altro elemento modificatore, come — ad esempio — una pregressa lue del marito.

Il caso mostra pure la necessità di non turbare mai, nei limiti del possibile, quel qualsiasi scarico (nel caso particolare un'eventuale emottisi) determinatosi in un circolo già sovraccarico dal difetto improvviso di propulsione nei due ventricoli: specie nel destro. Infatti, ove poniamo mente che la paziente, allorchè ha il beneficio — ed è l'espressione più adatta — di due mestruazioni nello stesso mese, prova un vero senso di benessere ed il cuore colla sua clamorosa sintomatologia tace completamente, avremo pure questa dimostrazione che conviene astenersi dal turbare un deflusso sia fisiologico che patologico, ma intenso sempre, a guisa di una valvola di sicurezza, ad abbassare la soverchia pressione nel circolo venoso, alleggerendo di conseguenza il lavoro stesso del cuore ed a sottrarre dall'organismo un quantitativo tossico non trascurabile.

S. Giovanni alla Vena, 7 aprile 1915.

# RIVISTE SINTETICHE.

## Moderne vedute sulla patogenesi della colelitiasi.

### I.

In pochi capitoli di patologia la nozione patogenetica è stata tanto discussa, e può presentare vantaggi veramente grandi quanto nella calcolosi biliare: la presenza del calcolo, che subdolamente si forma, e per tutta la vita talora non dà segni della sua presenza, la patologia della colica epatica e dell'ostruzione del coledoco, la conoscenza delle gravi complicanze, che possono compromettere la vita del malato, sono stati stimolo ad uno studio costante e poderoso al quale medici e chirurgi, fisiologi e chimici hanno partecipato: sui resultati dell'indagine s'è plasmata la concezione patogenetica, seguendo progressi e mutamenti, deviazioni e correzioni; sulle conclusioni della patogenesi s'è foggiato l'indirizzo terapeutico e profilattico, la indicazione chirurgica, e il trattamento postoperatorio.

L'analisi del calcolo biliare e rispettivamente la conoscenza dei componenti della bile è stato il primo passo, segnato nella storia d'una medicina, che veniva a poco a poco rinunziando all'empirismo. Il contenuto costante, talora esclusivo di colesterina, o misto ai sali e pigmenti biliari (bilirubinato di calcio) fece indurre come logica conclusione che il calcolo era *un derivato della bile* e che determinate circostanze morbose dovevano intervenire per la sua produzione. Lo studio di *queste circostanze* è stato il nodo più volte e mai definitivamente risoluto; la discussione non è lusso scientifico, ma fondamento di pratica, poichè dalle sue direttive dipende la condotta nel curare o nel prevenire.

Fino a due anni fa le cose sembravano ormai assodate: la questione aveva la sua storia, le sue ricerche, che avevano convinto i più ritrosi, la teoria ultima, ben circostanziata e rifinita nei particolari, con qualche raro dissidente, che sembrava non volesse cedere all'evidenza più limpida.

Solo per la storia ancora si accennava alla *teoria umorale* di Bouchard; essa avea, si può dire, cominciato a squarciare il velo del mistero; Bouchard avea stabilito le condizioni dell'equilibrio biliare, che permettevano ai componenti della bile di rimanere disciolti nelle vie di escrezione, (quantità di colesterina moderata, presenza di acidi grassi, abbondanza di acidi biliari glicocolico e taurocolico, potassio e sodio in eccesso, calcio in piccole quantità); se una di queste condizioni veniva a far difetto, la litiasi si determinava. Era il periodo delle *malattie da ritardato ricambio*, e nel *braditrofismo* il Bouchard trovava la organica predisposizione alla formazione del calcolo colesterinico: le ossidazioni rallentate spiegavano la colelitiasi femminile, senile, ecc.

Ma le nuove idee erano il frutto del periodo dell'analisi, che seguiva al periodo storico, impersonato nel Bouchard: e gli studiosi erano armati di due potenti mezzi, *l'indagine chimica* e la *bacteriologica;* alla critica sembrò dovesse crollare l'enorme edifizio: Naunyn e i suoi allievi, utilizzando i reperti biopsici, che loro offrivano gl'interventi chirurgici, divenuti di pratica corrente, iniziarono gli studî sul contenuto della bile, e conclusero che, sia negli animali da esperimento, assoggettati ad alimentazioni determinate, sia nei malati di colelitiasi, *il contenuto colesterinico era una quantità fissa* non solo, ma era *indipendente dalla quantità contenuta nel sangue,* e le sostanze capaci di dissolverla, si trovavano sempre in eccesso nella bile; adunque le cause generali, sostenute dal Bouchard, non potevano essere determinanti della precipitazione dei calcoli; la ragione di essi doveva essere altrove, e probabilmente tutta locale. Lo studio bacteriologico della bile e dei calcoli stessi sembrò dovesse portare la prova dell'origine locale della colelitiasi; era il tempo in cui gli interventi sulle vie biliari per processi infiammatorî o infettivi diedero la dimostrazio-

ne della frequenza del colibacillo, del bacillo di Eberth, di anaerobi perfino, sia nella bile sia nel nucleo centrale del calcolo: si *riprodussero sperimentalmente* i calcoli negli animali, infettando le vie biliari e provocando stasi nel deflusso biliare: armata di tali argomenti la critica demoliva e ricostruiva: Naunyn, Gilbert, Galippe, Letienne, Kramer, Bachmeister, Exner, Heyrowski pensarono che *la sola azione dei microbi* sulla parete vescicolare o sui canali biliari bastassero a mettere in libertà le sostanze necessarie alla precipitazione della colesterina; Gilgert, Dominici, Fournier, Dufour trovarono nel centro del calcolo concrezioni bacteriche e epiteliali; il *catarro litogeno,* compendiò in due parole la patogenesi e la clinica pura della calcolosi. Lunghi e numerosi furono i lavori sulla provenienza dei bacteri (via ascendente e discendente); essi nuova luce portarono anche sui poteri bacterio-eliminatori della glandula epatica.

Ma già in Germania l'*Aschoff* cominciava la revisione dei lavori del Naunyn, e dava inizio ad un movimento che doveva ingigantire per via, e di nuovo rivoluzionare, quel che ormai dalla clinica e dall'esperimento sembrava sancito; egli trovava che è esagerato per lo meno affermare la origine infettiva di tutti i calcoli: *esistono calcoli fatti di pura colesterina, in bile sicuramente sterile; i calcoli stessi sono sterili;* essi forse sono dovuti a puri fenomeni da stasi: *calcoli da stasi di Ashoff.*

Goodmann impugnava un'altra delle affermazioni fondamentali del Naunyn stesso: la *colesterina non è una quantità fissa della bile ma può essere variabile con determinate alimentazioni.* Ad essi segue, con una mole di lavori finiti e suggestivi, la scuola di Chauffard con Grigaut, Laroche, Lhuillier, ecc.

Chauffard comincia a domandarsi se, quando un calcolo si trova infettato da germi, l'infezione sia il nucleo, o se il calcolo non sia stato secondariamente impregnato da bacteri, eventualmente penetrati secondariamente nelle vie biliari, quando il calcolo era digià formato: egli ha dimostrato la possibilità della migrazione dei germi ordinarî nell'interno dei calcoli, dal liquido nei quali sono immersi.

Anche l'esperienza clinica dà utili insegnamenti; qualunque teoria ebbe in passato il predominio, sempre alimenti come il grasso, il cervello, le uova sono stati riconosciuti dai medici come nocivi per i litiasici; adunque bisogna risalire a qualche cosa di più complesso che non sia il catarro litogeno, per spiegare almeno una parte dei calcoli biliari, bisogna risalire dalle vie biliari *alle condizioni del ricambio organico,* e specialmente *della colesterina,* bisogna un po' riesumare le nozioni del Bouchard, per vedere quanto di vero poteva essere in una teoria, forse in parte divinatrice.

Uno dei meriti della scuola di Chauffard è quello di avere cercato *il metodo di titolazione esatta della colesterina,* dovuto all'opera di Grigaut; con tale mezzo è stato possibile dimostrare chiaramente quanto Goodmann avea già accennato: *la colesterinemia è in rapporto con la alimentazione;* determinati cibi, ad alto contenuto, (uova, cervello, grassi), sono capaci di elevare notevolmente il tasso di colesterina nel sangue.

Non basta: *in alcuni stati morbosi la colesterina è aumentata nel circolo;* nel xantelasma per esempio; ma precisamente in uno stato morboso (*infezione tifosa*) e nello *stato gravidico* il tasso colesterinico subisce oscillazioni considerevoli, proprio nel tifo e nella gravidanza, che sono considerati come causa di grave predisposizione alla colelitiasi.

Nel tifo ha dimostrato lo Chauffard, si ha ipercolesterinemia secondaria; essa segue un decorso inverso alla temperatura, e parallelo all'immunità; ha il suo massimo durante la convalescenza; perfino i *vaccinati* presentano un fenomeno eguale a quello dei malati.

Negli ultimi due mesi dello *stato gravidico* la colesterina aumenta notevolmente; ipocolesterinemia dopo il parto, si rialza subito di nuovo il tasso nel sangue, e torna al normale dopo circa due mesi.

Oltre che *nelle surrenali,* organo precipuo della formazione colesterinica, anche l'*ovaia* durante la gravidanza diviene un organo di rinforzo di essa.

Ma oltre che in questi particolari stati di predisposizione, nei *calcolosi* Chauffard trova ipercolesterinemia, e per di più egli ha cercato e trovato che *le cure anticalcolose* (cure minerali) *abbassano il tasso colesterinemico,* quasi a riprova delle prime due condizioni.

Gravi, anzi insormontabili difficoltà ha offerto lo studio del contenuto in colesterina nella bile dei litiasici: quando fistole biliari permettevano la raccolta della bile, le condizioni erano troppo lontane dal naturale (mancava l'ordinario serbatoio della bile).

Però il dosaggio della colesterina nella bile, prelevata nelle autopsie, ha dato cifre molto alte, fino al 6.60 per mille rispetto al 2 al mille, quale si ritrova d'ordinario.

La critica alle conclusioni di Naunyn, le suggestive ricerche e i confortanti resultati sul sangue, sulla bile, degli stati colelitogeni, degli stati calcolosi, fanno pensare ad Aschoff che si tratti di una vera *diatesi colesterinica.*

Qui lo Chauffard si domanda quanto è dovuto alla diatesi, quanto al fegato e alla funzione peculiare della cellula epatica. Lo studio dell'argomento non ha ancora dati sufficientemente controllati: forse la secrezione di colesterina e dei grassi della bile si produce a livello dell'epitelio dei canali biliari e specialmente nella porzione iniziale delle radici biliari, in vicinanza delle cellule epatiche; *la ritenzione biliare potrebbe indurre ipercolesterinemia*. Grigaut, ritiene, in base ai suoi studi chimici, che la *colesterina è trasformata in acido colalico* e sotto tale forma si elimina; ora *quando si ha ipercolesterinemia si ha diminuzione conseguente dei sali biliari, ossia diminuzione dell'acido colalico; viene a mancare il mezzo solubilizzante, si ha ipercolesterinemia da una parte, precipitazione litogena di colesterina nella bile;* la calcolosi in ultima analisi verrebbe ad essere la conseguenza di *un disturbo nella regolazione colesterinica, funzione della cellula epatica;* corrisponderebbe ad una insufficienza temporanea o permanente della cellula epatica.

Attraverso il tempo, giustiziere, risorge un po' l'idea di Bouchard, corretta e rinnovata, con i suoi punti fondamentali *dell'equilibrio biliare disturbato;* e si comincia a rifiutare il grande valore finora attribuito alla teoria infettiva, che per qualche anno, quasi indiscussa ha tenuto il campo, cadendo quasi nell'antico difetto di volere spiegare con un meccanismo unico la formazione del calcolo nelle vie biliari.

*
* *

A chi guardi serenamente il problema e segua gl'insegnamenti della clinica al lume delle ricerche, non isfuggirà che è difficile, con una patogenesi univoca, spiegare i complessi aspetti della colelitiasi.

Vi sono individui predisposti alla calcolosi biliare e forse famiglie intere; esistono condizioni capaci di modificare notevolmente la secrezione biliare per qualità e per quantità: vita sedentanea, ipernutrizione, determinate alimentazioni; vi sono calcoli di pura colesterina prodottisi in bile sterile, esistono calcoli con nucleo organico (bacterico, epiteliale) che all'analisi chimica si dimostrano di composizione affatto diversa da quelli di pura colesterina: sali biliari calcici, fango biliare che non si agglomera e non dà luogo a calcoli; infine vi sono calcoli con nucleo colesterinico al quale si sovrappongono strati nuovi di sali biliari calcici. Come l'ipotesi infettiva, il catarro litogeno di Naunyn, mal si presterebbe a darci la spiegazione dei calcoli di pura colesterina, la teoria umorale antica di Bouchard o la nuova di Aschoff e di Chauffard mal si presterebbero alla dilucidazione della produzione dei calcoli di sali biliari con nucleo bacterico-epiteliare; nessuna delle due ipotesi da sola ci spiegherebbe la produzione dei calcoli misti.

Anche per la colelitiasi bisogna riportarsi all'individuo e alle condizioni peculiari del soggetto per spiegarsi, con eclettismo utile alla scienza patogenetica e alla pratica, le variazioni dei reperti: non avvengono forse fatti analoghi nella secrezione renale e nelle produzioni renovescicali? accanto al calcolo urico ed ossalico (diatesico), esiste il calcolo fosfatico (infettivo), il calcolo con nucleo urico od ossalico e stratificato all'esterno da fosfati (diatesico-infettivo).

Con grande probabilità e la nozione diatesica e la nozione infettiva e la combinazione dei due fatti spiegano l'origine differente dei calcoli biliari.

Mettendo nella loro evidenza le varie condizioni causali, dilucidate dall'analisi e dall'esperimento, in rapporto con i fatti clinici bisogna riportare, con ogni verosimiglianza, *i calcoli di pura colesterina* ad uno *stato diatesico,* e più precisamente ad *un disturbo del ricambio colesterinico da alterata funzionalità epatica, il calcolo di sali di calcio all'infezione ascendente o discendente delle vie biliari (catarro litogeno di Naunym) i calcoli misti all'associazione delle due condizioni, diatesica ed infettiva,* per facili complicanze infiammatorie, in vie biliari che vanno soggette a stasi e variazioni della fluidità biliare.

Anche la terapia non può non seguire questo ecletismo, dal momento che alimentazione e genere di vita possono correggere utilmente l'esponente di alterato ricambio o di alterata secrezione, dal momento che utili farmaci possono ora opportunamente sterilizzare (urotropina), ora utilmente modificare la secrezione e il deflusso biliare. Ma di tali problemi, rinnovati e illuminati dalle moderne conoscenze, del criterio d'intervento nelle malattie da calcolosi biliare, sarà utile parlare in altra breve e prossima rivista.

T. PONTANO.

---

ERRATA CORRIGE: Nella composizione del lavoro del prof. Giovanni Galli sulle *Vaso- e cardiopatie in tempo di guerra* sono state lasciate a pag. 830, col. 2 del n. 25, Sez. pratica, due righe di testo. Il periodo completo suona quindi così: «M. ha trovato una sclerosi delle coronarie, più o meno accentuata (specialmente nel ramo discendente della coronaria sinistra). In 9 altri casi esisteva una sclerosi iniziale dell'aorta (specialmente al disopra delle valvole aortiche), ecc.

# SUNTI E RASSEGNE.

## MEDICINA DI GUERRA.

### Sulle ferite da arma da fuoco del polmone e sul modo di curarle con la puntura e l'insufflazione di aria nella cavità pleurica.

(EHRET. *Münch med. Woch.*, N. 16, 1915).

I.

Per ottenere un giusto quadro sintomatologico delle ferite da arma da fuoco del polmone è necessario tener conto solo di quelle ferite del torace che lesero veramente il polmone, e solo questo. Debbono quindi essere esclusi quei casi in cui altri organi importanti, come il cuore il fegato, lo stomaco, l'intestino, il midollo spinale furono colpiti, e nei quali la lesione polmonare passa spesso in seconda linea, dinanzi a quella dei sopradetti organi.

D'altra parte sono state descritte come ferite del polmone alcune lesioni toraciche da arma da fuoco, nelle quali, per deviazioni del proiettile, per esempio lungo le coste, il polmone non fu ferito, o al più solo contuso: in alcuni casi il proiettile, penetrato all'innanzi nel secondo spazio intercostale, invece di procedere in linea retta verso l'indietro, perforando l'apice polmonare, non ha fatto che circondare questo verso l'alto, producendo soltanto una paralisi del plesso brachiale. È quindi bene dubitare di una lesione polmonare diretta, allorchè i sintomi di questa non sieno bene evidenti, giudicando dalla sola posizione dei forami d'ingresso ed egresso, del tragitto del proiettile, e trascurando ad esempio la posizione assunta dal soldato nel momento in cui egli veniva colpito.

Le osservazioni, che l'A. ha creduto fare sulle ferite da arma da fuoco del polmone, si basano sullo studio di circa 100 casi, tra quelli capitati nell'ospedale di marina di Amburgo, e si possono riassumere come segue:

1. *Prognosi*: Di questi 100 casi nessuno ebbe esito letale, la qual cosa però non è sufficiente per affermare che le ferite da arma da fuoco del polmone hanno prognosi buona; ed invero Rotter su una statistica di 115 casi cita 14 morti. Gli uomini accolti in questo ospedale erano stati feriti 5-8-20 giorni prima: i feriti più gravi dovevano quindi essere morti o sul campo o nei vicini ospedali, oppure non era stato possibile il trasportarli. Una statistica abbastanza approssimativa dei casi letali di ferite polmonari si potrà avere confrontando tra loro i bollettini dei vari ospedali, ambulanze, posti di medicazione. Sfuggiranno però anche allora le ferite immediatamente mortali. Limidandosi ai casi osservati dall'A., si può affermare che la prognosi delle ferite polmonari da arma da fuoco a cominciare dal 5° giorno (dopo che la ferita fu inferta) non è sfavorevole *quo ad vitam*.

2. *Emoragia*: L'emorragia polmonare è il sintoma più costante, e di precoce apparizione. Si manifesta con l'*emoptoe* e con il *versamento ematico nella cavità pleurica*. L'emottisi non raramente, specie nelle ferite periferiche, è scarsa, e limitantesi talora a pochi espettorati tinti di sangue. Alle volte il soldato non si è accorto di aver sputato sangue, e ciò per varie circostanze (oscurità, sensorio non integro, ecc.). L'A. ha osservato emottisi prolungantisi per alcuni giorni, ma non per più di 8 giorni; non ha mai notato perdite di sangue molto abbondanti, nè ricadute di emoptoe.

L'emorragia nella cavità pleurica è quasi altrettanto frequente come quella che si ha nei bronchi.

Eccezionalmente manca, ma in alcuni casi è così leggera, da essere solo con difficoltà rilevata da un diligente esame fisico. Da che l'A., quasi in ogni caso di ferita da arma da fuoco del polmone, fa la puntura esplorativa, ha quasi sempre trovato almeno un sottile strato di liquido ematico, anche là dove la percussione e l'ascoltazione non lo rivelavano affatto. In molti casi però si tratta di versamenti così notevoli che divengono pericolosi (più che per la perdita di sangue, per lo spostamento del cuore).

Il sangue, anche nelle ferite delle sezioni alte del polmone, si raccoglie nella parte inferiore della cavità pleurica; e l'emorragia è di solito tanto più notevole quanto più centrale è il percorso del proiettile traverso il polmone. Però solo eccezionalmente, anche se il proiettile è passato molto vicino all'ilo polmonare, si hanno emorragie così notevoli che minacciano, solo per la loro abbondanza, la vita: l'A. ne ha osservati solo tre casi. Forse ciò dipende anche da che i casi, con grave emorragia iniziale, non raggiungono gli ospedali di base. È molto probabile che in qualche occasione l'emorragia si protragga per un tempo abbastanza lungo. Il liquido ematico poi, versatosi nella cavità pleurica, mostra, non solo nei vari casi, ma anche nel caso singolo, grandi diversità per l'estensione e la rapidità di coagulazione.

3. *Pleurite secondaria*: Nei 3/4 dei casi al versamento ematico si aggiunse prima o dopo un versamento sieroso, molto variabile per quantità. Talora esso era così abbondante, mentre il versamento ematico primitivo era stato così scarso, che nel liquido tratto con la puntura s

riscontravano solo rare emazie, e sarebbe sorto il dubbio, qualora precedentemente non si fosse dimostrata la presenza di un piccolo versamento ematico, che l'essudato sieroso fosse primitivo. Sembra invece che tali essudati primitivi sieno, se pur esistono, molto rari: essi sono di solito secondari allo stimolo esercitato sulla pleura dal sangue ivi raccolto. Per quanto riguarda il riassorbimento di tali essudati, esso sembrava avvenire tanto più lentamente quanto più ematico era il liquido.

4. *Empiema*: L'A l'osservò nove volte, cioè circa in 1/10 dei casi. Esso si produsse 7-20 giorni dopo che il polmone era stato ferito. In 7 casi dipendette da trasformazione purulenta di un versamento preesistente: di solito versamento fortemente ematico. In 2 casi si trattava di piccole pleuriti purulente interlobari, cui non erano preceduti sintomi evidenti di versamento ematico o sieroso.

Di solito si aveva febbre alta alcuni giorni prima che il versamento ematico si trasformasse in purulento.

In tutti i casi di versamento ematico con febbre elevata, e cultura positiva, si ebbe la successiva formazione di un empiema.

5. *Retrazione*: la retrazione più o meno estesa del polmone e dell'emitorace leso, come risultato finale del processo di guarigione, è molto frequente. Essa si verificava anche nei casi di versamenti molto piccoli, specie se ematici, ed era più estesa (talora di tutto l'emitorace) nei casi di ferite dell'apice, anche se seguite da scarso versamento. Il risultato funzionale delle retrazioni toraciche e polmonari, della fusione cicatriziale delle due pleure, era la facile dispnea, specie nei movimenti.

6. *Pneumotorace*: nonostante i presupposti teoretici, solo in rari casi l'A. osservò la comparsa di uno pneumatorace con i suoi gravi sintomi. Un caso di pneumotorace aperto nei bronchi, con rapida formazione di essudato purulento: operazione e guarigione. In 7 casi lo pneumotorace occupava la parte alta della cavità pleurica: di essi 6 si trasformarono in empiema. Si trattava sempre di casi con forte versamento ematico. Con la ricerca sistematica a mezzo dei raggi *Roentgen* si poterono dimostrare spesso piccoli pneumotoraci saccati, che non davano segni clinici: essi risiedevano di solito verso l'apice; guarirono tutti spontaneamente senza infettarsi, al contrario degli pneumotoraci più grandi in comunicazione diretta con i bronchi, dai quali è facile il passaggio dei germi.

7. *Dolori*: erano molto variabili. In alcuni casi appena accennati, in altri assumevano una grande intensità. Alcuni dipendevano direttamente dalla ferita o dalla cicatrice, ed erano localizzati là dove aveva sede la lesione, altri non avevano alcuna relazione apparente con la ferita, ed erano spesso riferiti verso le sezioni anteriori di uno o più nervi intercostali: dovevano dipendere da alterazioni cicatriziali del nervo stesso. Un altro gruppo di dolori, non facilmente spiegabili, mostrava una certa analogia con le così dette zone di Head.

8. *Polmonite, bronchite*: una sola volta fu osservata polmonite, in uno dei due casi sumenzionati di empiema interlobare. Mancarono altre complicazioni polmonari, quali l'ascesso e la gangrena. In qualche caso sopravvenne una leggera bronchite.

9. *Enfisema cutaneo*: un enfisema circoscritto del sottocutaneo si ebbe in un caso nel quale poi si produsse un empiema; mancavano lesioni delle costole; nel territorio dell'enfisema cutaneo si sviluppò un accesso.

## II.

Astraendo dagli empiemi, non esisteva alcuna indicazione all'intervento. Per gli empiemi l'A. seguiva questa condotta: allorchè in un ferito, con notevole versamento ematico, sopraggiungeva febbre alta, veniva fatta una puntura esplorativa, e il liquido esaminato batteriologicamente Se la cultura era positiva, e nell'essudato erano contenuti globuli bianchi, sia pure in scarso numero, si procedeva senz'altro, senza cioè attendere una completa trasformazione purulenta, alla resezione costale.

Per tutti gli altri feriti si teneva dapprima un contegno di attesa, una cura puramente medica consistente nei casi recenti nel riposo perfetto, nel diminuire lo stimolo alla tosse e nell'impedire gli sforzi della pressa addominale (stipsi), che potevano predisporre al rinnovarsi dell'emorragia, alla produzione dello pneumotorace, al propagarsi dell'infezione.

Quando il pericolo dell'emorragia era scomparso e non era sopravvenuta febbre, dopo circa 14 giorni cioè, al più presto, cominciavano gli esercizi respiratorii, prima in letto, poi anche su una sedia, per impedire la formazione di estese aderenze, o diminuirne i pericoli. Con tale metodo di cura non si ebbe alcun esito letale; ma esso si mostrò insufficiente, in quanto, nonostante la ginnastica respiratoria, il risultato funzionale non era buono: in alcuni casi si ebbero gravissime retrazioni con formazione di tenaci aderenze pleuriche, e quindi non lievi ostacoli alla normale meccanica del respiro. Ciò dipendeva probabilmente dal non aver estratto il liquido contenuto nella cavità pleurica. L'estrazione del liquido con la toracentesi avrebbe

## Valore terapeutico del "Lactol" in ginecoiatria.

Numerosi sono gli studi fatti da vari autori sulla influenza di taluni preparati, medicamentosi ed alimentari ad un tempo, quali ad esempio il Lactol, sugli stati di esaurimento di iponutrizione, di convalescenza. Non era stata però fatta fin'ora alcuna ricerca sul Lactol, in rapporto a quei disturbi funzionali e organici della donna a cui si connettono gravi perturbamenti nella nutrizione generale e della funzionalità dell'apparato genitale. A ciò ha provveduto opportunamente l'A. che in una sua interessante nota preventiva espone i suoi primi risultati.

Giustamente egli accenna all'azione che l'ovario col suo prodotto di secrezione interna, esercita sul bilancio del Ca e del Ph nell'organismo e sulla fissazione dei sali relativi nelle ossa, in rapporto all'azione più o meno antagonistica di altre ghiandole a secrezione interna, e alla conseguente necessità di sorvegliare il bilancio del calcio e del fosforo in donne che presentano disturbi ovarici. Misura massima di previdenza ritiene l'opporsi alle modificazioni morbose del ricambio, con una alimentazione appropriata che valga ad assicurare una opportuna introduzione di sostanze rimineralizzanti in forma organica. A ciò si giunge col razionale raggruppamento molecolare di tutti gli elementi che debbono concorrere al completo rifornimento dell'organismo e con un appropriato stimolo sugli organi a rallentata funzionalità.

L'A., studiando i risultati ottenuti coll'impiego del Lactol da illustri clinici italiani, e mettendoli a confronto con quelli ottenuti nel campo della ginecologia è venuto nel convincimento che il Lactol meriti particolare considerazione nelle forme di alterato ricambio materiale per influenza riflessa della sfera genitale.

L'ha quindi voluto esperimentare in un interessante caso di grave anemia e dispepsia gastro intestinale legato a malattia, insospettata precedentemente, degli organi sessuali (ipertrofia del collo dell'utero, endometrite cervico-uterina, ovarialgia bilaterale).

Sottoposta la paziente ad una severa cura di Lactol, per un periodo di tre mesi, associando delle lavande vaginali di borato di soda che vennero però irregolarmente praticate, si ebbe un così rapido miglioramento che la paziente ritenne superflua una ulteriore sorveglianza medica.

L'A. benchè non dia come definitivo il suo giudizio sul valore del Lactol in ginecologia, a causa del troppo breve periodo di osservazione, sostiene che nel soggetto in esame era evidente il processo di debilitazione organica e di disordini funzionali in rapporto all'alterata funzione sessuale, e che una insperata modificazione di fenomeni morbosi psicofisici fu apportata dalla somministrazione del Lactol.

Prof. Dott. MUZIO PAZZI
Libero Docente Universitario
Direttore Scuola Samaritana Bolognese

## "LACTOL" Dott. Foglino

Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano

Con l'approvazione dell'eminente Clinico genovese, il Dott. Foglino valente farmacista di Torino, ha composto questo prodotto farmaceutico il quale accoppia le proprietà di alimento a quello di medicamento e che riesce perciò efficacissimo in quelle varie condizioni morbose nelle quali si devono soddisfare queste due indicazioni.

Il "Lactol„ è infatti il resultato della associazione dei grassi del latte, di principii fosfatati, di acido fosfoglicerico e di vari fermenti digestivi (diastasi, pepsina, pancreatina), tutte sostanze, come si vede, delle quali è universalmente riconosciuto un considerevole valore dietetico e medicamentoso.

La bonta della preparazione del Dott. Foglino ha ottenuto la sua piena sanzione nella prova pratica sui malati. Essa è provvidenziale nei casi diversi di debolezza organica sia che questa derivi da alterazioni costituzionali o sia l'effetto di malattie di lungo corso che hanno logorato l'organismo.

È riuscita di molta utilità nei bambini di costituzione gracile e quindi inclinati al rachitismo e alla atropsia. È un medicamento indicato in genere nelle varie forme di anemia, indicatissimo nelle gastropatie (catarri cronici, gastriti ulcerative), dove urge l'uso di sostanze che in piccolo volume forniscano all'organismo potenti energie nutritive. È facile intendere che in forza della sua composizione il "Lactol„ è indicato e reca benefizi in quelle svariate condizioni morbose del sistema nervoso nelle quali il tessuto si mostra esaurito, quindi nella neuro-astenia, così comune ad osservarsi, nell'isterismo, nella psico-astenia ed in genere negli stati consuntivi.

Avendone fatta assai larga prova nel servizio medico a me affidato nell'Ospedale di S. Maria Nuova, ho potuto confermare le asserite virtù della preparazione Foglino alla quale spetta perciò una felice riuscita nella prova pubblica che sta per farsene.

La preparazione "Lactol„ è accetta ai malati grandi e piccoli per il suo gradevole gusto e i piccoli in specie la usano considerandola come una ghiottoneria.

*Dott.*: MARCACCI GIORGIO
Primario Medico nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Firenze.

# "Lactol"

## Dott. E. Foglino

*Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano.*

### —::— Alcuni certificati Medici —::—

Prof. Dott. Giuseppe Cardi
Medico Primario e Direttore
— OSPEDALE DI RIMINI —

Rimini, 10 Luglio 1913.

Ho sperimentato il "Lactol„ del Dott. Foglino di Torino: posso affermare che esso è un ottimo rimedio ricostituente in stati di esaurimento nervoso e di denutrizione organica: esso mi ha bene corrisposto anche nella terapia infantile, nella quale è perciò raccomandabile.

*Firmato:* Dott. Prof. G. CARDI
**Medico Primario Docente Patologia Medica nella R. Università di Modena.**

CLINICA CHIRURGICA
— PARMA —

Parma, 10 Luglio 1913.

Ho fatto uso del "Lactol„ preparato dal Dott. Foglino, secondo la formola del Prof. Maragliano e l'ho trovato utilissimo per i pazienti operati di stomaco, in quanto bene tollerato e gustato e nutriente. Per questa sua proprietà è utile anche in tutte le affezioni, nelle quali esiste una debilitazione dell'organismo

*Firmato:* Prof. Dott. Comm. A. CECCHERELLI
Direttore Clinica Chirurgica della R. Università di Parma.

Prof. Comm. CESARE CATTANEO
Direttore della Clinica Pediatrica della R. Università di Parma
Direttore dell'Ospedale dei Bambini di Milano

Parma, 19 Giugno 1913.

Il "Lactol„ Foglino (glicerofosfati tridigestivi al latte), è stato da me ripetutamente esperimentato. Piacevolissimo al palato, viene dai bambini preso volentieri, è perfettamente tollerato e la sua indicazione precipua è nelle forme di astenia in ispecie dei piccoli bambini convalescenti di malattie infettive, sopratutto dell'apparato digerente.

*Firmato:* Prof. Comm. CESARE CATTANEO

**Dott. Prof. Cav. FILIPPO LESSONA**
Docente di Ostetricia nella R. Università di Torino

Torino, Maggio 1913

Egregio Sig. Dott. E. Foglino,

Ho usato il "Lactol„ da lei preparato nella mia clientela e lo trovai molto utile nei casi di astenia nervosa e come ricostituente pei bambini. La facilità con la quale viene preso e digerito non è ultimo pregio di questa fortunata preparazione.

*Firmato:* Dott. Prof. FILIPPO LESSONA
Specialista in Ginecologia - TORINO - Via Donizzetti, 9.

**LACTOL - Scatola grande L. 3,00 - Scatola saggio L. 1,00**

**Presso le buone Farmacie e presso la SOC. ANON. FARMACEUTICA TORINESE - Via Principi D'Acaia. 44 - TORINO**

senza dubbio diminuito la quantità dell'essudato, destinato poi a prendere parte alla neoformazione connettivale; ma è noto come con la distensione del polmone consecutiva alla toracentesi, alcune parti del parenchima malato tendono a lacerarsi; e nel caso presente, data la ferita del polmone, esisteva il pericolo dell'emorragia e del pneumotorace. L'A. pensò allora di estrarre il liquido frazionatamente, con punture successive a distanza di qualche giorno: ma non ottenne buoni risultati.

Egli invece si è trovato molto bene della estrazione completa del versamento con la puntura, e contemporanea produzione di uno pneumotorace artificiale, ottenuto con l'immissione di aria atmosferica. Applicò questo metodo per la prima volta in un ferito con emotorace fortissimo e progressivo: nello spazio di un'ora furono estratti litri due e mezzo di un liquido costituito quasi esclusivamente di sangue; con l'immissione di aria si ebbe collasso del polmone e l'emorragia si arrestò completamente; in seguito il caso guarì senza presentare retrazioni Fino ad ora l'A. ha curato 13 casi (con notevole versamento) con tale metodo, senza aver mai inconvenienti. Il risultato funzionale è stato molto favorevole, in quanto si produssero solo leggerissime aderenze. Egli crede che il metodo si possa applicare anche nei casi con versamento leggero, e anche in quelli con aderenze recenti. In seguito alla formazione dello pneumotorace ha osservato anche una rapida caduta della febbre.

Per la puntura l'A. adopera un trequarti di Naunyn munito di un tubo di gomma e di un piccolo imbuto di vetro, nel quale si trovano alcuni strati di garza sterile; per una grossolana filtrazione dell'aria, che deve penetrare nel torace man mano, che fuoriesce il liquido. L'A. non dà ulteriori particolari di tecnica. Di solito egli fa penetrare tanta aria quanto è il liquido, che si estrae. Preferisce, per comodità e facilità, l'uso dell'aria atmosferica a quello dell'aria sterile o dell'azoto.

Concludendo l'A. afferma che con la puntura del versamento e formazione di uno pneumotorace artificiale si ha un mezzo per arrestare le emorragie endopleuriche persistenti, per evitare la formazione di aderenze estese e resistenti, e probabilmente anche distruggere le aderenze di recente formazione. A. CHIASSERINI.

## Le ferite d'arma da fuoco del polmone.

(TONNIENSEN. *Münch. mediz. Woch.*, 1915).

L'A. ha avuto occasione di osservare durante l'attuale guerra 56 casi di ferite d'arma da fuoco del pulmone. In genere l'esito di queste lesioni è stato favorevole e non ha avuta alcuna importanza per la prognosi e per il decorso clinico la permanenza del proiettile nel torace.

In 21 casi la lesione decorse senza versamento pleurico, senza manifestazioni infiammatorie del pulmone, ossia senza complicanze. In tali casi per lo più i feriti avvertivano un senso di mancanza di respiro, dolori puntorî nella zona colpita specie nei movimenti respiratorî. Essi potettero ancora camminare per qualche tempo dopo la ferita, che fu avvertita solo come una leggera sensazione spiacevole, o come un urto violento che li rese per qualche po' incoscienti. L'emoftoe fu costante fin da principio e durò qualche giorno.

All'esame fisico non si rilevò un'apprezzabile ottusità, nè rantoli, solo talora una diminuzione del respiro. All'esame radioscopico si rilevò qualche volta un'ombra diffusa dovuta ad un'irritazione pleurica, o ombre locali verisimilmente in rapporto ad infiltrazioni circostanti al canale della ferita. La temperatura in qualche caso subfebbrile nei primi giorni si mantenne in genere normale. La guarigione fu la regola.

In 2 casi in principio il pulmone e la pleura non hanno presentato segni d'infezione, ma in seguito si è manifestato un empiema ed una pulmonite.

In 2 casi si ebbe un versamento sieroso nella cavità pleurica. In uno in seguito a ferita penetrante comparve nella pleura destra un essudato sierono ricco di linfociti. Nell'altro si ebbe lo stesso fatto in seguito ad una contusione da scheggia di granata, ossia in seguito a ferita non penetrante. I versamenti si riassorbirono in capo a 3-4 settimane lasciando persistenti ispessimenti pleurici con fissazione del diaframma.

In 23 casi si ebbe un versamento di sangue nella cavità pleurica. I disturbi iniziali furono analoghi a quelli delle ferite pulmonarî senza complicanze, solo quando l'emotorace era abbondante si ebbe dispnea e debolezza consecutiva alla perdita di sangue. Il reperto fisico e radiologico era analogo a quello dei versamenti non traumatici. La cura fu essenzialmente conservativa: riposo ed aria libera. Furono praticate senza inconvenienti punture esplorative ogni 8-10 giorni e si potette constatare che il versamento durante il riassorbimento (che fu completo dopo 3-10 settimane) presentava delle peculiari modificazioni. In principio il liquido era rosso-scuro, non coagulava, ed aveva una composizione citologica uguale a quella del sangue; solo gli eritrociti erano in numero minore, mentre gli eosinofili erano in progressivo aumento. Più tardi il liquido diventava più chiaro,

gli eritrociti diminuivano ancora, mentre il numero dei corpuscoli bianchi specie degli eosinofili aumentava straordinariamente; il liquido intanto riacquistava la capacità di coagulare: tutto ciò in rapporto alla irritazione pleurica.

Successivamente il versamento riperdeva questa capacità, perdeva sempre più le caratteristiche di ematico per divenire quasi puramente sieroso: e ciò in rapporto alla scomparsa dei fatti infiammatori pleurali. Come esito finale si hanno ispessimenti pleurici, retrazione emitoracica, aderenze o spostamento del cuore di intensità varia a seconda della durata e della quantità del versamento. Per ridurre al minimo questi fatti è quindi consigliabile il vuotamento abbondante e ripetuto.

In 8 casi si ebbe pneumotorace con versamento emorragico o purulento nella cavità pleurica. I feriti avevano l'aspetto di malati gravi, pallidi, deperiti, cianotici, dispnoici. La dispnea e l'emoftoe comparvero quasi sempre subito dopo la ferita. I fori di entrata e di uscita del proiettile non avevano nulla di caratteristico. Il reperto fisico fu simile a quello del pneumotorace con versamento liquido. L'escreato fu per lungo tempo purulento misto a residui ematici. In qualche caso si ebbe spostamento del cuore con cianosi, dispnea più grave, polso piccolo. La febbre si manifestò in tutti i casi e superò talora i 39°. Il riassorbimento dell'aria si verificò sempre dopo quello del liquido: in ogni caso le punture evacuatrici dettero qualche sollievo ai feriti.

La prognosi non fu mai favorevole in rapporto alla completa guarigione: rimasero sempre estese aderenze pleuriche con retrazione toracica e nella metà dei casi il liquido suppurò. In un caso si ebbe in rapporto alla lesione del simpatico la così detta triade oculo-pupillare dal lato del pneumotorace: restringimento della rima palpebrale, miosi e retrazione del bulbo oculare.

L'A. non osservò mai ascessi o gangrene polmonari e nessuna coincidenza tra il trauma e la tubercolosi. Le ferite d'arma da fuoco non hanno messo mai in evidenza una tubercolosi latente, nè peggiorate le condizioni di una tubercolosi preesistente.

DR.

## Ferite da arma da fuoco del polmone.

(KREZ. *Münch. Med. Woch.*, n. 16, 1915).

L'A. ha avuto occasione di osservare 28 casi di ferite da arma da fuoco del polmone. Si trattava però di ferite, che risalivano a diversi giorni e gli infermi, alcuni dei quali erano stati operati negli ospedali da campo, erano inviati nell'interno della Germania, per essere sottoposti alle cure mediche opportune. Nella storia di questi malati, accanto all'emottisi, si trovavano spesso delle alte temperature, che dovevano dipendere non solo dall'infezione del versamento ematico, ma anche dalla flogosi del tessuto broncopolmonare intorno al canale scavato dal proiettile. In molti di questi casi si osservarono sull'area colpita sintomi o di flogosi persistente, se pure attenuata, o d'indurimento polmonare; ottusità, rantoli, soffio bronchiale; febbre a tipo irregolare, facile dispnea, accentuatesi, al pari della febbre, con i movimenti del paziente. Il versamento ematico si riassorbiva talora con grande lentezza: ad esempio in un sottufficiale si poterono estrarre 900 cmc. di sangue dall'emitorace destro 8 settimane dopo che egli era stato ferito.

In alcuni casi l'A. ha osservato lo stabilirsi di lesioni tubercolari degli apici, che potevano riconoscere, come causa occasionale, e il trauma e le fatiche di guerra. Invero esse, con il riposo e la cura climatica tendevano a migliorare con grande rapidità.

A. CHIASSERINI.

## Sulla cura delle ferite da baionetta del polmone.

(v. HERRENSCHNEIDER. *Münch. med. Woch.*, n. 16, 1915).

Cita il caso di una ferita trasfossa da baionetta del polmone destro con forame d'ingresso anteriore all'altezza del 4° spazio intercostale, e foro di uscita vicino al processo trasverso della 3ª vertebra dorsale. Abbondante emorragia dalle ferite. Non emottisi. L'infermo dovette per più giorni fare lunghi tragitti a piedi da un posto di medicazione all'altro, prima di essere inviato in un ospedale di base. Quivi furono riscontrati i segni di un versamento nella cavità pleurica destra; la puntura esplorativa dette esito a liquido ematico. La temperatura si mantenne per lungo tempo alta; il paziente era dispnoico, aveva una tosse leggera, secca. Una puntura esplorativa, praticata quattro settimane dopo, dette esito a liquido simile al precedente: il liquido, esaminato dal punto di vista batteriologico, era sterile, mentre in primo tempo da esso si sviluppò un germe anaerobio, che non fu potuto bene identificare. La cura, consistente nel riposo assoluto, dette ottimi risultati, in quanto i sintomi, sia locali che generali, scomparvero, se pure lentamente, quasi del tuto.

Questo caso dimostra che anche le ferite da baionetta del polmone possono avere, al pari delle ferite da arma da fuoco, un decorso favore-

vole con semplice cura medica. Di solito invece nelle ferite da baionetta con emotorace, allorchè sopravvenga febbre, si ricorre all'evacuazione del sangue, previa resezione costale. Ora l'insorgere della febbre dopo una ferita penetrante del torace può dipendere da altre ragioni all'infuori dell'infezione di un emotorace: da lesioni di altri organi, da processi tubercolari dei polmoni, infine dal riassorbimento di materiali necrotici asettici e corpuscolari del sangue.

È bene quindi in simili circostanze, prima di ricorrere alla resezione costale, che non è poi un'perazione molto innocente, vagliare in casi simili le probabili cause dell'iperpiressia, e tentare, se il caso, una semplice cura medica.

A. CHIASSERINI.

## La cura delle ferite di guerra nelle ambulanze di prima linea.

(GEORGE MAUPETIT. *Journ. des prat.*, n. 22).

Nelle ambulanze di prima linea le ferite più frequenti a curare sono quelle cagionate da scoppiò di granate, o da palle di shrapnells; relativamente rare sono quelle prodotte da armi bianche, o da palle ordinarie. Le ferite prodotte da armi così differenti vanno trattate dièfferentemente.

Le ferite da palle di fucile o di mitragliatrici sono relativamente benigne, perchè di rado i proiettili sono infetti; si possono avere perfino guarigioni spontanee nelle lesioni viscerali, encefaliche, midollari, articolari.

Basta fare in tali ferite una fasciatura asettica, e se si produce infezione questa non è mai grave.

Le ferite invece da scoppio di granate o di shrapnells (siccome prodotte da proiettili che hanno una forza iniziale minore, che sono portati ad una minore temperatura, e che trascinano sempre lembi di stoffa, che depositano lungo tutto il loro tragitto) presentano una maggiore gravità. Sono ferite sempre infette per la sepsi degli oggetti trasportati, per la natura del proiettile, il quale ha toccato il suolo, ed è aspro e rugoso, per gli scollamenti che esso proiettile produce nelle masse muscolari.

La più temibile delle complicazioni è la gangrena gassosa. Ad evitarla occorre ricercare con tutti i mezzi, compresa la radioscopia, e tutte le volte che questa ricerca è anatomicamente e fisiologicamente possibile, le palle di shrapnells, o i pezzi di granata. Ai chirurgi, che operano nelle ambulanze di prima linea sarà impossibile l'asportazione di detti proiettili solo se essi sono nel cervello, polmone, cuore e pericardio (1). La radioscopia è e sarà sempre il miglior mezzo diagnostico per la facilità con la quale questi proiettili, penetrati da un punto del nostro corpo, vanno spesso a fermarsi in altre regioni affatto lontane e talvolta insospettate.

La *laminectomia*, nelle ferite del midollo, può bene eseguirsi nelle ambulanze di prima linea, non potendosi assolutamente attendere. Così si dovrà intervenire in tutte le ferite dell'addome, non tanto per la ricerca e l'estrazione del proiettile, spesso impossibile, quanto per riparare alle lesioni viscerali, ed eterizzare e drenare il cavo addominale. Mentre prima l'A. ha adottato l'ablazione rapida dell'arto gangrenato, secondo il metodo di Schwartz, nelle ferite di shrapnells o di granate degli arti, da alcuni giorni, in seguito ad altre concezioni teoretiche il medesimo A. ha usato un altro trattamento, che è il seguente:

1° Sbrigliamento largo con incisioni multiple fino di tessuti sani;

2° Medicazione all'etere, od acqua ossigenata;

3° Iniezione endovenosa di 60 ctgr. di arseno-benzolo.

Da un tal metodo non si possono trarre conclusioni generali ancora.

Si può invece concludere col dire:

1° Occorre ricercare i proiettili di granata e shrapnells, subito, in tutte le sedi possibili, salvo il cervello, il polmone, il cuore ed il pericardio;

2° Occorre ricorrere il più spesso possibile alla radioscopia e radiografia, contro l'opinione di Schwartz, e quindi occorre che ogni ambulanza di prima linea abbia un adeguato gabinetto radioscopico.

GIACINTO QUARTA.

## Sulla terapia delle ferite di guerra.

Il prof. P. Delbert ha ideato un procedimento, detto *piocoltura*, per valutare la distruzione dei germi nelle ferite infette. Ne ha esposto il principio e la tecnica all'Accademia delle Scienze di Parigi.

Il metodo fornisce nozioni preziose relative all'efficacia dei varî procedimenti curativi. Ecco i primi risultati di uno studio sperimentale, diretto in tal senso. Essi furono comunicati dal Delbert all'Accademia di medicina di Parigi nella seduta dell'8 giugno corrente:

(1) Questa affermazione dell'A. è troppo azzardata e troppo audace appare il suo consiglio d'intervento ad ogni costo e immediato così reciso e generale com'è enunciato T. F.

1° L'iodoformio non esercita alcuna azione sulla flora microbica; non è ancora accertato se sia nocivo.

2° I lavaggi e le medicature all'etere non modificano la natura della flora microbica; in due casi la copia dei batteri è aumentata.

3° I lavaggi con nitrato d'argento al millesimo hanno portato un aumento di numero e di vitalità dei germi.

4° Il lattosio in polvere è deodorante, ma la sua azione è unicamente d'ordine olfattivo e non terapeutico: i germi pullulano sotto la crosta di lattosio.

5° I lavaggi di acqua ossigenata non impediscono lo sviluppo dei germi, anche anaerobi: in molti casi le secrezioni ed i batteri si modificano a detrimento del malato.

6° L'acqua ossigenata, per iniezioni nel cellulare, allo scopo di arrestare la gangrena gassosa, è nefasta.

Certi fatti clinici davano già tale impressione; l'esperimento prova che essa è giusta: le cavie che ricevono le colture di pus flemmonoso e, prima o dopo, l'acqua ossigenata, sono sempre più malate dei testimoni: la mortalità ne è doppia, le lesioni ne sono più gravi ed estese.

7° Tutti gli antisettici studiati sono dunque più nocivi che utili: danneggiano i batteri, ma rovinano le cellule. Secondo l'A. l'asepsi deve dunque sostituire l'antisepsi nel trattamento delle ferite infette.

8° Ne deriva un'altra nozione: di rispettare le difese naturali. Ad esempio, sono da impiegare soluzioni isotoniche rispetto al siero, destituite di qualsiasi azione chimica sulle cellule.

9° Probabilmente esistono soluzioni che rappresentano un mezzo migliore per le cellule anzichè per i microbi. Il siero Leclainche e Vallée sembra adempiere questo *desideratum*. Le soluzioni di nucleinato di sodio sembrano presentare dei vantaggi da questo punto di vista.

10° *L'esposizione all'aria ed alla luce è uno dei più potenti mezzi di disinfezione delle piaghe*. Quattro spessori di garza bastano ad arrestare i germi dell'atmosfera, come si dimostra mediante colture in scatole Petri; cosicchè l'A. lascia ora le ferite semplicemente coperte da quattro strati di garza, senza cotone nè fasce, per molte ore del giorno, più che può, in modo che vi penetrino aria e luce. Sotto l'influenza di questo trattamento la piocoltura da positiva diviene negativa. R. B.

### Contro i pidocchi.

Il dott. E. Wiener, che ha dovuto affrontare il compito di liberare dai pidocchi delle vesti 28,000 prigionieri russi, raccolti in un campo di concentrazione, rileva (*Wiener Klin. Woch.*, 1915, n. 4) le difficoltà a cui è andato incontro.

Questi parassiti si dimostrano resistentissimi: restano vivi dopo 40 minuti di immersione in sublimato all'1 per mille, dopo varie ore di esposizione ai vapori di formaldeide o di anidride solforosa od a temperature di 70°-80°, tutti mezzi che uccidono le cimici ed altri insetti. Specialmente i pidocchi giovani sfidano questi mezzi, anche se combinati.

L'A. è stato costretto a ricorrere alla disinfezione mediante vapore surriscaldato, a 102°-103°, per 35-40': l'uccisione dei pericolosi e sudici insetti risultava quasi sicura. Vi è l'inconveniente che non possono essere esposti a questa disinfezione gli oggetti di cuoio e gli oggetti verniciati.

Poterono così essere disinfettati 1400 uomini al giorno, che erano fatti spogliare in apposite baracche, in gruppi di 40-50, e sottoposti ad un lavacro con sublimato all'1 per mille e sapone, durante mezz'ora, poi recati in altra baracca e fatti vestire di biancheria nuova, nell'attesa che tornassero i loro abiti sterilizzati.

***

Della distruzione dei pidocchi con mezzi chimici si occupa S. Fränkel (*Wien. Klin. Woch.*, 1915, n. 12).

Fra le sostanze usate contro i pidocchi degli abiti sono l'anetolo, l'eugenolo, il sapolo e l'anisolo. Esse però agiscono più per l'odore che ne emana anzichè per le proprietà parassiticide. Difatti anzichè distruggere gl'insetti dei vestiti, li fanno fuggire, cosicchè questi possono rifugiarsi poi altrove ed assalire altri ospiti.

Invece gli eteri della serie allilica sono molto più attivi ed esercitano vere ed intense proprietà parassiticide; però vi è connessa una forte azione tossica per l'uomo, cosicchè si produce lacrimazione, irritazione della mucosa nasale, cefalalgia e con dosi più forti aumento di frequenza degli atti respiratori, poi paralisi e morte per arresto respiratorio.

Come protezione contro gl'insetti, i pastori dei Carpazi inzuppano gli abiti nel burro liquefatto, il quale infiltra la maglia del tessuto e, inacidendo, produce un odore che fuga gli insetti.

Una sostanza che testè venne sperimentata e proposta da S. Fraenkel come parassiticida è l'etere metilfenilico, prodotto di ossidazione dell'anetolo. È ancora più attiva dell'anisolo. Sparsa sugli abiti, distrugge in circa dieci minuti tutti gl'insetti che vi si trovano.

Nella sua azione questa sostanza presenta una rassomiglianza con la dimetilresorcina, la quale

possiede una struttura chimica simigliante. In rapporto alla tossicità, bisogna dire che questa è molto debole. Per applicazione esterma non produce alcuna irritazione cutanea, non eczemi. Sarebbe quindi molto utile il suo impiego negli eserciti e nei densi ammassamenti della popolazione, ove sussiste la probabilità che si diffondano gl'insetti vettori di morbi infettivi, ed in particolare i pidocchi, i quali trasmettono il tifo esantematico e quello ricorrente.

R. B.

## MEDICINA.

### Il cardiopalmo.

(SBROCCHI. *Riv. crit. di clin. med.*, n. 1, 1915).

Col nome di cardiopalmo si indica la percezione subbiettiva dei movimenti del cuore accompagnata da senso di ansia e di vera sofferenza: obbiettivamente si nota aumento della forza, della frequenza e della celerità dei battiti cardiaci.

Si suol distinguere il cardiopalmo in *vero* e *falso*, il primo dei quali è quello or ora definito. Il cardiopalmo falso consiste in scosse o tremiti dei muscoli della parete toracica, impropriamente riferiti, per falsa sensazione, al cuore, mentre si tratta in caso di semplice urto del cuore contro una parete toracica iperestesica. Questo cardiopalmo si accompagna sovente con sensazioni di peso, di trafittura, di bruciore precordiali o con dolori al capo e al dorso. Alcune volte si hanno vere intermittenze, seguite da extrasistoli che dàn luogo ad una contrazione energica del miocardio, percepita dall'infermo. Il cardiopalmo falso non è quindi controllabile obbiettivamente, mancando l'acceleramento e il rinforzo delle contrazioni cardiache.

Il vero si può rilevare obiettivamente con la ispezione e con la palpazione, che dimostrano un aumento della frequenza e della energia del cuore, e con l'ascoltazione, che alcune volte permette di trovare il timbro metallico nei toni cardiaci. Però rimane sempre il cardiopalmo una sindrome eminentemente subiettiva, e l'espressione «cardiopalmo obiettivo» non è erronea nel solo caso, che con essa si voglia indicare un cardioplamo, che si riveli anche con i sintomi obbiettivi più sopra accennati.

Il cardiopalmo vero si distingue in *idiopatico* cioè dipendente da alterata funzione del sistema nervoso, e a sua volta potrà essere *semplicemente nervoso* oppure riflesso, ed in *sintomatico*, quando è l'espressione di alterazioni anatomo-patologiche del cuore, sopratutto di vizi valvolari.

Queste varie forme presentano diversa sintomatologia subbiettiva ed obbiettiva, sicchè si prestano anche ad una diagnosi differenziale.

#### CARDIOPALMO IDIOPATICO.

a) *Cardiopalmo idiopatico nervoso*. Il Petit descrivendo questa forma di cardiopalmo dice che compare all'improvviso, provocato spesso da cause morali, evolve in maniera capricciosa, spesso attenuandosi perfino con l'esercizio, e termina bruscamente con sbadigli, singhiozzi, sovente poliuria limpida.

Per la diagnosi di cardiopalmo nervoso semplice spesso coadiuvano cause predisponenti, quali nevrosismo ereditario, pubertà, adolescenza, mestruazioni, menopausa, lavoro cerebrale eccessivo, debolezza, ecc. e cause occasionali quali emozioni vive, abuso di sostanze eccitanti, eccessi venerei, ecc. Alcune volte esistono l'isterismo, la nevrastenia, la clorosi, il morbo di Basedow.

Il Leube dice che la diagnosi di cardiopalmo nervoso è facile quando un individuo, che suole stare perfettamente bene, presenta tutti i disturbi subbiettivi dell'accesso, senza dimostrabili alterazioni del cuore, specie l'aumento della sua area di ottusità. Possono alcune volte ascoltarsi rumori sistolici accidentali, e più raramente rumori diastolici legati allo stato anemico.

Il cardiopalmo legato all'anemia trova la sua spiegazione nel fatto che questa malattia suole portare uno stato di ipereccitabilità del sistema nervoso e quindi anche dei gangli e dei nervi sensitivi del cuore.

Nel cardiopalmo, che si accompagna alla malattia di Basedow, si riscontra spesso, all'esame obbiettivo, aumento dei diametri del cuore, sopratutto del trasverso; questo sintoma secondo il Grocco servirebbe a distinguere il cardiopalmo nervoso semplice da quello legato ad una forma frusta di morbo di Basedow, nella quale manchi gran parte degli altri sintomi classici. Un'altra caratteristica si avvererebbe poi nel Basedow, ed è la sproporzione tra l'energia reale ed apparente del cuore e la piccolezza del polso.

Il cardiopalmo si manifesta anche nella nevrastenia cardiaca. In questa malattia i pazienti si lamentano di palpitazione penosa o di arresto del cuore senza che ciò sia rilevabile obbiettivamente. Sovente esiste una zona dolorosa in corrispondenza della punta del cuore. Sono notevoli i disturbi vasomotori, quali pulsazione delle arterie periferiche, macchie iperemiche

sulla faccia e sul collo, asfissia locale delle estremità, sudori, ipotensione, pallore al minimo sforzo ecc.; il polso può esser tanto molle da divenire dicroto come se fosse imminente il collasso: di fronte a questa sintomatologia allarmante il cuore non appare leso nè organicamente nè funzionalmente.

b) *Cardiopalmo idiopatico riflesso*. Questo ha la sua origine in una malattia localizzata fuori del cuore e dei grossi vasi. Può allora trattarsi di dispepsia gastro-intestinale, epatiti, malattie nelle vie biliari, dei polmoni, dell'apparato utero-ovarico, disturbi mestruali o della menopausa, elmintiasi ecc.

Per la diagnosi di questa forma occorrerà sopratutto l'anamnesi e l'esame obbiettivo; così sarà possibile rilevare la esistenza di qualcuna delle malattie sopra ricordate e il suo collegamento col cardiopalmo, che può acutizzarsi o attenuarsi a seconda dei peggioramenti o dei miglioramenti della malattia medesima. Un buon criterio diagnostico è di sperimentare la cura. Esistono dei casi nei quali non si può dimostrare nessun rapporto fra la malattia organica ed il cardiopalmo, che deve allora essere giudicato come di origine nervosa e semplicemente coesistente con un'altra infermità.

Una parola speciale merita il cardiopalmo dei dispeptici, che è, di questo tipo, la forma più comune. Si tratta di individui i quali hanno, oltre un quadro di dispepsia comune, vari fenomeni nervosi riflessi come vampe, chiazze rosse alla faccia, vertigini, disturbi visivi, ecc. Ma ciò che più li angustia è sovente il cardiopalmo, per cui vengono a consultare il medico credendosi affetti da malattia di cuore. In questi infermi, che il medico deve persuadere della integrità del loro cuore, esiste spesso un sintoma molto importante, cioè un punto doloroso nel quarto spazio intercostale sinistro (punto precordiale dei dispeptici di Bacquoy). Secondo l'Huchard in questo tipo rientrerebbero anche le palpitazioni notturne, che erroneamente vengono attribuite a cause nervose o a diatesi artritica, ed invece dipendono da dispepsia ipercloridrica, specie accompagnata da secrezione gastrica continua.

CARDIOPALMO SINTOMATICO.

È effetto di flogosi acute del pericardio e dell'endocardio e si riscontra nelle miocarditi, nella sclerosi del cuore e dell'aorta, nell'ipertensione, nei vizi valvolari. Questa forma si inizia spesso lentamente, in maniera indefinita, e dà maggiore angoscia all'infermo.

Questo cardiopalmo si manifesta in tutte le malattie del cuore *acute* o *croniche*.

Nelle forme acute spesso il cardiopalmo è il primo sintoma della alterazione del cuore, sia primitiva, sia secondaria ad altre malattie, fra le quali sopratutto il reumatismo articolare.

Nelle malattie croniche del cuore il cardiopalmo non è importante se non per il fatto che esso sovente si manifesta quando il muscolo cardiaco comincia ad essere stanco, sicchè è fra i primi sintomi dell'adinamia; quando però interviene l'asistolia generalmente il malato non avverte più il caldiopalmo, forse perchè alla sua produzione deve concorrere un certo grado di attività contrattile del miocardio.

Fra i vizi valvolari, quelli mitralici, nel periodo dello scompenso, dànno il cardiopalmo più facilmente di quelli aortici.

Nelle cardiopatie arteriosclerotiche il cardiopalmo è più frequente poichè vi si associa un nuovo fattore, di ordine riflesso, dipendente da lesioni epatiche o renali.

Secondo l'Huchard le palpitazioni assumono una violenza estrema nell'arteriosclerosi e nella stenosi mitralica associate con la dispepsia, perchè allora il cuore deve lottare contro l'ipertensione aortica, dovuta alla malattia arteriosa, e l'ipertensione polmonare consecutiva allo stato dispeptico.

La palpitazione degli ipertensivi dipende dagli ostacoli che il cuore trova nel sistema arterioso. Nella cardiosclerosi incipiente le palpitazioni hanno carattere doloroso; spesso si associano con sintomi dipendenti dall'aortite.

Bisogna stare attenti a non confondere negli stessi cardiopatici il cardiopalmo sintomatico con quello riflesso, di origine gastrica o tossica.

Alcune volte in cardiopatici organici si svolge per suo conto un cardiopalmo nervoso semplice, che sarà allora rivelato dai suoi sintomi particolari, dall'anamnesi, che farà conoscere come il cardiopalmo abbia preceduto la lesione cardiaca, dalla esistenza di sintomi nervosi e dal tener presente il momento in cui il cardiopalmo compare nelle lesioni anatomiche del cuore (all'inizio per le acute, ai primi accenni dello scompenso nelle croniche). Per contrario può accadere che sia difficile rilevare una lesione cardiaca, causa diretta di cardiopalmo, specie quado trattasi di una stenosi mitralica, che ancora non ha dato l'ipertrofia del cuore destro, e tutto lo sforzo è sostenuto dall'atrio sinistro, quando manchi l'aritmia, manchi il soffio presistolico, ecc. Alla diagnosi può guidare allora soltanto un esame accurato, tanto nel periodo di quiete, quanto, ed ancor più, in quello di affaticamento dell'infermo, ricercando il fremito telediastolico, il soffio presistolico, lo sdoppia-

mento del II tono. Spesso in questi casi può precocemente mettersi anche in rilievo una zona di ottusità, situata orizzontalmente in corrispondenza della III cartilagine costale, che corrobora la diagnosi di malattia organica mitralica.

GIUSEPPE SABATINI.

## CHIRURGIA.

### La scelta del metodo operativo nel trattamento delle ulceri gastriche e duodenali.

(A. v. EISELSBERG. *The Lancet*, 1° agosto 1914).

Nonostante tutti i progressi diagnostici, il metodo operativo nel trattamento dell'ulcera gastrica e duodenale non può esser scelto che dopo la apertura della cavità addominale. L'A. pubblica le conclusioni cui è giunto in base a 434 osservazioni personali.

1° I segni di perforazione dell'ulcera nella cavità peritoneale richiedono l'intervento immediato, l'irrigazione del peritoneo, la chiusura della perforazione e, nei peggiori casi, la digiunostomia allo scopo di somministrare il nutrimento.

2° Nelle altre complicazioni dell'ulcera — specialmente nell'emorragia — è meglio nel più dei casi non intervenire.

3° Nella stenosi tipica del piloro, specialmente quando in ulceri di antica data non sono intervenuti nuovi sintomi, la gastroenterostomia è l'operazione di scelta: 60 % dei casi di stenosi pilorica sono guariti completamente con la gastroenterostomia, mentre qui fu seguìta da successo solo nel 41 % dei casi di ulcera aperta. Su 334 gastroenterostomie per ulcera dello stomaco e duodeno e loro complicazioni si ebbero 17 morti: di queste 8 (circa la metà) avvennero per emorragia infrenabile dall'ulcera: perciò la gastroenterostomia non può considerarsi in tutti i casi come una protezione completa contro il continuarsi dell'emorragia.

4° L'esclusione unilaterale del piloro offre la maggior sicurezza nel trattamento dell'ulcera e sue complicazioni: dovrebbe esser tenuta in speciale considerazione se l'ulcera è ancora recente e provoca molti dolori e anche nei casi di ulcera duodenale. Essa sembra offrire miglior garanzia (sebbene non completa) nell'arrestare l'emorragia.

5° Per le ulceri situate a una certa distanza dal piloro la semplice gastroenterostomia non sembra così attuabile come nei casi di ulcera pilorica vera e propria: essa offre solo il 34 % di successi di fronte al 54 % dei casi di ulcera pilorica.

6° L'ipercloridria notevole del succo gastrico toglie molto valore alla gastroenterostomia ed esclusione, favorendo nettamente lo sviluppo dell'ulcera peptica post-operativa.

7° L'A. ha visto tali ulceri post-operative sia nei casi operati da lui e dai suoi assistenti sia in casi operati da altri chirurgi sicchè il prodursi di questa ulcera non può esser attribuita a difetti di tecnica. Tale pericolo si ha nei casi con acido idroclorico elevato, specialmente in quelli in cui la gastroenterostomia non era strettamente indicata. Vi sono dei casi in cui la storia data dal paziente e i segni obbiettivi parlano per un'ulcera e invitano alla laparotomia: può trattarsi invece di una stenosi pilorica relativamente piccola o di qualche aderenza con tessuto cicatriziale. In tali casi si era finora assai proclivi a decidere la gastroenterostomia, che veniva riguardata come una valvola di sicurezza, come una misura profilatica contro una stenosi tardiva e quindi più seria. Ma da che H. Braun ci ha fatto conoscere le serie complicazioni dell'ulcera peptica post-operativa del digiuno è necessario fare grande attenzione a questa eventualità. Nei casi nei quali all'autopsia «*in vivo*» l'A. ha trovato delle condizioni diverse da quelle che faceva supporre la storia del paziente egli si è limitato a una laparatomia esplorativa e si è astenuto da ciò che potrebbe chiamarsi gasroenterostomia di compiacenza. Del resto, come dimostra l'esito di 16 casi di ulcera post-operatoria che si cercò di curare (di cui solo in due si ebbe la guarigione completa e in cinque la morte), questa rappresenta una assai seria complicazione.

8° Nei casi di ulcera situata a una certa distanza dal piloro, come in quelli nei quali v'è forte ipercloridria, l'operazione di scelta è la resezione trasversale, in quanto questa fra tutte le altre dà la miglior guarentigia contro le complicazioni consecutive. Essa deve essere praticata ogni volta vi sia il minimo sospetto che il tumore possa essere di natura maligna.

Di 269 pazienti operati nella clinica dell'A. di gastroenterostomia e che poterono esser seguiti per un certo tempo, 41 morirono in uno stadio ulteriore della malattia, 13 di carcinoma e 6 con persistenza dei sintomi di ulcera. Questa ultima serie parla decisamente in favore dell'operazione radicale. La resezione trasversa dello stomaco è anche l'operazione adeguata quando l'ulcera ha invaso gli organi vicini in quanto nulla può arrecare reale giovamento eccezion fatta della rimozione dell'ulcera. Essa del resto è operazione relativamente sicura. L'A. ha praticato fino al gennaio 1914, 11 resezioni trasversali e 6 dal gennaio al luglio, su queste 17 non

ebbe neppure un caso di morte. Egli non ha mai visto ulcera peptica o altro disturbo dopo questa operazione. Quando la resezione trasversa non può essere praticata, si eseguirà il secondo metodo Billroth; il primo metodo Billroth sarà il terzo ad esser preso in considerazione; l'escissione parziale è completamente da escludersi.

Nei casi estremi, solamente quando altre operazioni non sono praticabili, può pensarsi a una digiunostomia, come già è stato suggerito in casi di ulcera perforata, quando il paziente è così debole che deve essere alimentato immediatamente dopo l'operazione: con tale intervento la nutrizione può essere iniziata fin sul tavolo operatorio. Inoltre essa costituisce il più facile e rapido intervento per i casi di ulcera peptica, nei quali, per ragioni eccezionali, l'escissione non è possibile: e sopratutto lascia lo stomaco indisturbato. Essendo stata eseguita solo nei casi estremi non ci si deve meravigliare se abbia avuto così scarsi successi e se si sia accompagnata a molti casi di peritonite: si trattava di pazienti il cui peritoneo aveva perduto il suo potere di resistenza.

SEBASTIANI.

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Società Lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 19 aprile 1915.

MORESCHI. *Vantaggi della vaccinazione antitifica per via endovenosa.* — L'O. espone i vantaggi che il suo metodo di vaccinazione contro il tifo, per via endovenosa, presenta in confronto al metodo sottocutaneo comunemente usato. Essi possono essere riuniti in tre gruppi: vantaggi di tempo, perchè la via endovenosa richiedendo una sola iniezione riduce di molto il periodo necessario perchè l'immunità si stabilisca; vantaggi nei risultati poichè dopo soli otto giorni dall'iniezione si hanno, pure usando dosi piccolissime, valori agglutinanti e batteriolitici assai superiori a quelli che si ottengono con la vaccinazione sottocutanea dopo tre iniezioni di dosi assai maggiori; ed infine vantaggi economici non indifferenti potendo una semplice coltura di 24 ore su agar inclinato fornire vaccino per diverse migliaia di persone.

BUSCHI G. *Contributo allo studio dell'istogenesi delle arterie e delle vene nell'uomo.* — L'O. espone le modificazioni, che subisce la parete delle arterie e delle vene, dai primissimi stadi fino alla nascita. Fa rilevare quindi le differenze che nello sviluppo si osservano tra le diverse arterie del corpo (arterie a tipo elastico, arterie a tipo muscolare, arterie viscerali e cerebrali) e specialmente quelle notevolissime tra le arterie e le vene.

MIRTO. *Resezione intestinale ed isterectomia totale per lesioni traumatiche di natura ostetrica.* — Trattasi di una donna sestipara, alla quale un collega aveva praticato dilatazione e svuotamente dell'utero per residui abortivi settici nel secondo mese. Durante l'atto operativo si accorse di un'ansa intestinale che veniva fuori dall'orificio uterino esterno ed inviò l'ammalata in clinica.

La paziente venne subito operata di laparotomia, che fece constatare come la parete posteriore dell'utero fosse aperta, e da questa breccia uscisse parte del sigma e della porzione alta del retto lacerato. Fu fatta la resezione intestinale e la sutura termino-terminale dei due monconi nonchè l'isterectomia totale. La paziente dopo un periodo post-operatorio piuttosto lungo e burrascoso fu dimessa guarita.

D. CESA-BIANCHI.

## Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 22 aprile 1915.

Presidenza: G. BOSCHI.

S. ANDRIANI. *Un caso di paralisi progressiva giovanile.* — Si tratta di un ragazzo di 18 anni, a sviluppo ritardato, figlio di padre alcoolizzato e di madre sifilitica e paralitica generale. Nel padre la sifilide non è stata constatata, ed egli la nega; nella madre, che offre la notizia anamnestica di quattro aborti, è stata positiva la reazione di Wassermann. Sembra che la sifilide l'abbia contratta extraconiugalmente e prima del matrimonio.

La malattia del ragazzo in parola aveva esordito a 16 anni e mezzo con turbe psichiche notevoli (perdita della memoria, confusione mentale, ecc.). Allo stato attuale il quadro morboso è completamente sviluppato: v'è disartria, anisocoria, ecc. Nel liquido cefalo-spinale la reazione di Wassermann è stata positiva, positiva anche la reazione di Nonne-Apelt; notevole la linfocitosi.

Il caso è particolarmente interessante per l'eredità del soggetto: alcoolismo e sifilide.

L'A. crede che l'alcoolismo paterno abbia originato quel grado di frenastenia del malato presentato prima dell'odierna malattia, e che su questo terreno di debilità mentale la sifi-

## SUSSIDI TERAPEUTICI IODO-ORGANICI.

La medicazione iodo-minerale ha dal punto di vista farmacologico, carattere eminentemente osmotico determinato dalla diffusibilità degli ioduri, dalla loro immediata e brusca eliminazione, fattori questi ultimi, a cui si connettono fenomeni di intolleranza iodica e di iodotossicità, donde la esiguità delle applicazioni terapiche.

Di contro alla azione osmoterapica (meccanoterapica) degli ioduri, sta l' azione bioterapica degli iodo-organici.

I caratteri individuali farmacologici dei peptoiodici sono realizzati dal " PEPIODAL „.

Il " Pepiodal „ è una sintesi iodo-peptica ad intensità iodica graduabile, solubile, assorbibile gradatamente, di lenta e graduale eliminazione.

Le ricerche del Dott. Andruetto nella Clinica Generale del Prof. Bozzolo, denunciano le seguenti cifre relative alla permanenza e durata delle reazioni iodiche nelle urine.

| | | |
|---|---|---|
| " Pepiodal „ | 1° g. | ore 14 |
| „ | 2° „ | „ 17 |
| „ | 3° „ | „ 24 |
| „ | 4° „ | „ 30 |
| „ | 5° „ | „ 40 (1) |

Le proprietà del " Pepiodal „ che lo rendono superiore agli altri preparati iodici, sono state illustrate dal Dr. Giannelli (2) che espone in un suo interessante studio, le ricerche ed i risultati ottenuti dal prodotto.

Tali proprietà spettano prevalentemente agli iodo-peptoni a differenza di altri preparati che vennero posti in onore precedentemente, come le iniezioni del Durante ed i composti grassi, i quali ultimi sono molto stabili di modo che lo iodio si libera con una soverchia lentezza e sono assai poco diffusibili.

Ne avviene che lo iodio permane a lungo nell'organismo, ma vi rimane legato al corpo grasso e non agisce come iodio libero che assai lentamente; mentre invece i composti del iodio col peptone (di cui il " Pepiodal „ è da preferirsi), sono solubili e diffusibili, ed inoltre poco stabili, così che circolano facilmente nell'organismo ove si scindono in modo graduale e continuo, cedendo gli ioni del metalloide alle sostanze albuminoidi con cui lo iodio forma quelle combinazioni molecolari che vengono poi distrutte ed eliminate.

Gli iodopeptoni sono dunque oggigiorno i preparati che meglio rispondono alle esigenze terapiche.

I migliori risultati l'A. li ha ottenuti dal " Pepiodal „ che ha il vantaggio del pronto assorbimento e di una molto più lunga permanenza nell' organismo, ove circola allo stato di iodio senza mai dare fenomeni d'intolleranza.

La maggiore fissazione iodica è data dal V° grado di Pepiodal (10 ctg.) che rappresenta il massimo di utilizzazione che consenta l'organismo allo iodio senza reagire con fenomeni di intolleranza e con fenomeni tossici.

Che l'associazione dei peptoni allo iodio conferisca alla sintesi che ne deriva, proprietà istotropiche, risulta dalle attitudini che acquista lo iodio quando viene introdotto nell' organismo sotto forma di " Pepiodal „.

*Proprietà terapeutiche del " Pepiodal „.* — Le proprietà terapeutiche del " Pepiodal „ si riassumono in *batteriolitiche, opsonogene, fagocitogene, emoproduttive.*

L'aumento del tasso leucocitario si rileva dagli esami emoscopici fatti dal Dott. Andruetto della Clinica di Bozzolo e sopratutto dalle indagini emometriche. Riferiamo qualche esempio:

Caso I. - Enterite specifica:
- prima della cura — Emometria 55
- dopo la cura . . „ 65

Caso II. - Bronco pneumonite specifica:
- prima della cura — Emometria 50
- dopo la cura . . „ 60

Caso III. - Tubercolosi incipiente:
- prima della cura — Emometria 45
- dopo la cura . . „ 70

Caso IV. - Annessite specifica:
- prima della cura — Emometria 50
- dopo la cura . . „ 70

*Applicazioni cliniche generali del " Pepiodal „.* — In linea generale esse sono costituite dal grande gruppo delle affezioni del ricambio ivi compresi i processi degenerativi arterio-sclerotici delle infezioni croniche (sifilide, tubercolosi) e da tutte le insufficienze di sviluppo e deficenze nutritive che preludono alle manifestazioni di gravi infezioni e ne dispongono favorevolmente il terreno.

Anzi, sotto questo aspetto, il " Pepiodal „ deve essere considerato come un mezzo profilattico contro lo sviluppo della tubercolosi specialmente chirurgica per le proprietà ad esso riconosciute dagli autori che lo hanno studiato, di modificare cioè il terreno emolinfatico così da esaltare i poteri di reazione e stimolare la nutrizione e modificarla in guisa da impedire lo sviluppo bacillare.

Per quanto concerne le manifestazioni sifilitiche il " Pepiodal „ è diretto a combattere le sindromi tardive rappresentate da alterazioni gommose e da alterazioni arteriali degenerative (arteritis sifilitica, gomme, cachessie sifilitiche), ma può trovare la sua indicazione anche nelle manifestazioni precoci della lues quando vengono costituite da alterazioni nervose, da anemie sifilitiche precoci, ma in tal caso il suo impiego non deve andare disgiunto dai preparati mercuriali.

Un altro largo campo di applicazioni è offerto dalle forme morbose del ricambio sia che rivestano la forma artritica cronica, sia la forma gottosa, sia sopratutto la forma arteriosclerotica.

Il " Pepiodal „ trova quindi la sua applicazione nelle:

I. - Distrofie uricemiche;
II. - Nelle forme distrofiche che precedono lo sviluppo delle affezioni croniche;
III. - Nelle forme tubercolari torpide;
IV. - Nelle manifestazioni tardive della lues;
V. - Nelle lesioni arteriosclerotiche.

*Il " Pepiodal „ non ha alcuna controindicazione.*

Dott. Paolo Mancini
degli Ospedali di Roma
già Direttore del Sanatorio nervosi S. Colomba.

(1) Dr. ANDRUETTO — *Della medicazione jodica e di un nuovo preparato organico di jodio.*

(2) Dr. GIANNELLI — *La Iodoterapia con speciali considerazioni sul " Pepiodal ".*

PEPIODAL
PEPTO-JODO
Dr. FOGLINO
COMBINAZIONE FISIOLOGICA
INTERAMENTE ASSIMILABILE
SOCIETÀ ANONIMA FARMACEUTICA TORINESE
Via Principi d'Acaia, 44
PEPIODAL DOTT. FOGLINO
5 GOCCIE DI SOLUZIONE CONTENGONO 1 CENTIG. DI JODIO COMBINATO COL PEPTONE

# "Pepiodal"

## (Pepto-Iodo) -- Dott. Foglino

a goccie e per iniezioni ipodermiche, di
:: :: :: I, II, III, IV e V grado :: :: ::

**Alcuni certificati Medici:**

OSPEDALE VESPUCCI - FIRENZE — Firenze, 29 Novemre, 1914
(Detto di S. Giovanni di Dio)

— DIREZIONE —

Il "Pepiodal" del Dott. Foglino corrisponde assai bene nelle lesioni tubercolari chirurgiche, quando occorra agire su di esse con una terapia jodica.

Prof. NICOLA GIANNETTARI
Direttore Ospedale Vespucci.

---

DOTT. S. SBERNA — Firenze, 11 Novembre, 1914
Primario Specialista di Dermosifilografia
FIRENZE

Il "Pepiodal" in uso nella mia sezione ospedaliera e nel Poliambulatorio Fiorentino risponde benissimo anche come tolleranza nelle forme morbose di cui mi occupo (sifilide - eczemi cronici - degli arteriosclerotici uriemici). *Firmato:* Dott. S. SBERNA

---

Dott. Prof. EMILIO PERRERO — Torino, 30 Maggio 1913
DOCENTE IN NEUROPATOLOGIA
— ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO —

Ho sperimentato nella cura delle malattie organiche del sistema nervoso centrale le iniezioni di III°, IV°, V° di "Pepiodal" del Dr. Foglino e sono lieto di poter dichiarare che questa eccellente preparazione mi ha dato ottimi risultati.

*Firmato:* Dr. Prof. EMILIO PERRERO
Direttore Sezione Malattie Nervose
all'Ambulatorio Policlinico, Via S. Secondo, 11 - Torino.

# "RICINOL"

Olio di ricino preparato con processo speciale da semi italiani. La sola preparazione del genere, assolutamente priva di odore e di sapore.

**L' Ideale dei Purganti!**

**Il flacone piccolo L. 0,60 — Flacone grande L. 1,10**

## "Saliodal"

*(CRISTALLI JODATI DOTTOR FOGLINO)*

Il miglior rimedio depurativo del corpo, del sangue, e delle mucose.

**Sue applicazioni:** *Stati uremici, Stati acidoemici, Stati glicoemici, Stati morbosi legati ad ipertensione.*

Il flacone grande L. **3** — Flacone monstre L. **4,50**.

## "Sédol"

Fiale per iniezione ipodermica a base di bromidrato di scopolamina, cloridrato di etilmorfina e morfina con solfato di sparteina in soluzione nel siero fisiologico.

*Antispasmodico, Ipnotico, Analgesico*

— La scatola di 12 fiale L. 4. —

**In vendita presso le buone Farmacie e presso la SOCIETÀ ANONIMA FARMACEUTICA TORINESE —::— Via Principi d'Acaja, N. 44 - ::— TORINO**

lide abbia elaborata la stessa malattia che aveva già prodotta nella madre: la paralisi generale.

S. ANDRIANI. *Il riflesso oculo-cardiaco nella epilessia* (presentata dal socio Tambroni). — L'A. volle vedere come si comporta il riflesso oculo-cardiaco nell'epilessia. A tal uopo in 36 epilettici, 20 uomini e 16 donne, intraprese delle ricerche sistematiche tenendoli in osservazione per lo spazio di un mese, ricercando il riflesso in giorni e in ore diverse e mettendolo in relazione con il prodursi degli accessi. Scelse gli ammalati escludendo quelli che, presentando irrequietezza, ipersensibilità del globo oculare o qualche lesione cardiaca, male si prestavano alla ricerca del riflesso.

L'A. è giunto alle seguenti conclusioni:

1° Il riflesso oculo-cardiaco negli epilettici dà una media generale di pulsazioni diminuite superiore alla media generale normale.

2° Il riflesso oculo-cardiaco presente nella totalità degli ammalati esaminati, 99 %, fu esagerato nell'89 % di essi.

3° Il riflesso, indipendentemente dalle crisi, si mantiene presso che normale nei singoli ammalati col variare dei giorni e delle ore e cresce in rapporto col polso fisiologico nelle ore pomeridiane e dopo il pasto.

4° Le crisi epilettiche modificano profondamente il riflesso. Esso si esagera con il maturarsi della crisi, s'intensifica durante lo scoppio di essa, decresce con il suo dileguarsi.

5° Il riflesso è più debole negli ammalati curati con bromuro di potassio ed è in relazione col grado di saturazione dell'organismo con questo sale. V'è relazione fra azione terapeutica di questo medicamento e intensità del riflesso.

6° La triade sintomatologica del riflesso negli epilettici si manifesta completa.

E. PADOVANI.

## Società medica di Parma.

F. RAVENNA. *Stalagmometria di prodotti di scissione dell'albumina.* — Le ricerche dell'A. furono iniziate con lo scopo di trovare un metodo semplice che permettesse di svelare in un liquido la presenza di prodotti di scissione dell'albumina, onde rendere più sicura la valutazione dei risultati che si ottengono con la reazione di Abderhalden.

Poichè è noto che le albumine in soluzione acquosa non modificano in modo sensibile la tensione superficiale, mentre prodotti di decomposizione della molecola albuminoide possono abbassare notevolmente la tensione stessa, l'O. pensò di ricorrere a determinazioni stalagmometriche.

Avendo ottenuto risultati negativi nel senso che la T. S. di dializzati che avevano dato reazione positiva con la ninidrina, non differiva da altri dializzati a reazione negativa, l'O. volle ricercare la ragione del diverso comportamento di questi prodotti di digestione della molecola albuminoide, in confronto di qualche peptone del commercio che invece aveva, portato in soluzione in concentrazione opportuna, prodotto un discreto abbassamento della T. S.

Ha così potuto constatare che in generale mediante la digestione peptica e triptica di diverse albumine (albumine d'ovo, albumine del sangue, fibrina, caseina, fibrina vegetale, ecc.) non si ottengono prodotti capaci di abbassare la T. S.; mentre questo fenomeno si verifica mediante l'idrolisi a caldo con acidi concentrati. Vi è qualche eccezione: così la gelatina non modifica la T. S., nè meno in questo modo, mentre la caseina vegetale porta un notevole abbassamento dopo la digestione triptica.

Così pure se si aumenta la quantità di albumina sottoposta all'azione dei fermenti, si può verificare spesso un corrispondente abbassamento della T. S.

Ancora non è possibile precisare a quali dei numerosi corpi che si liberano durante la demolizione della gigantesca molecola proteica sia da attribuirsi tale azione sulla T. S.

F. RAVENNA. *Ulteriori ricerche sperimentali intorno ai c. d. Abwehrfermente.* — Proseguendo esperienze in parte già pubblicate sulla specificità dei c. d. Abwehrfemente, l'A. ha preparato quattro gruppi di conigli: 1° col tagliuzzare i muscoli di una coscia; 2° col produrre una forte contusione muscolare attraverso alla pelle integra; 3° con iniezioni endoperitoneali di scarsa emulsione di muscolo di coniglio, preparato per servire da substrato nella reazione di Alderhalden; 4° con iniezioni sottocutanee dello stesso materiale.

I risultati delle esperienze sono stati migliori nel 3° e 4° gruppo, nel senso che il siero dei conigli relativi era dotato di attività proteolitica molto spiccata verso l'albumina di muscolo, scarsa e talora nulla verso albumine di altri organi.

L'O. perciò non crede di essere riuscito, mediante le riferite esperienze, a dimostrare una specificità assoluta nei riguardi dei fermenti suddetti.

Nel corso di queste esperienze ha potuto dimostrare molto chiaramente varî fatti d'interesse biologico.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Diagnosi precoce della gravidanza coi metodi sierologici.

Il primo che fondò la diagnosi di gravidanza con metodo sierologico fu il Rosenthal che trovò un costante aumento del potere antitripsico nel siero del sangue anche all'inizio della gravidanza. Molti altri autori (Fuld-Gross, Marcus, Fieux e Mauriac) studiarono la questione sotto varî punti di vista, dando perciò svariate spiegazioni: ma sopra tutte ebbero fortuna le ricerche dell'Abderhalden che con due metodi (ottico, dialisi) riuscì ad avere risultati quasi sempre positivi per stabilire la diagnosi anche precoce di gravidanza.

Non staremo qui a descrivere i due metodi ormai noti anche perchè furono oggetto di vivaci discussioni e di numerose comunicazioni favorevoli o contrarie: certo la tecnica ne è molto complicata ed è facilissimo incorrere in errori che poi infirmano il valore di queste ricerche. La reazione gravidica, secondo l'Abderhalden consiste nella dimostrazione di fermenti nel siero di sangue della gravida, capaci di scomporre il peptone placentare (metodo ottico) o rispettivamente l'albumina placentare coagulata (metodo della dialisi). Tale reazione, che l'Abderhalden afferma specifica e costante nella gravidanza, non sarebbe invece tale secondo K. Behne ed altri, specie se ottenuta colla dialisi: ed in ogni caso non potrà facilmente venire alla portata di tutti i pratici, sia per le difficoltà della tecnica, sia per l'alto prezzo degli apparecchi di polarizazzione.

Comunque, le vedute dell'Abderhalden hanno provocato una immensa quantità di ricerche di controllo, i cui risultati, da quanto appare scorrendo la letteratura di questi due ultimi anni, sono sensibilmente contradittorî: mentre da una parte ad es. lo Schlimpert e l'Hendry affermano di aver ottenuto sempre risultati costanti, su un materiale di 316 casi, solo ricorrendo al metodo della dialisi e della reazione alla ninidrina (e si sentono perciò autorizzati a porre la reazione di Abderhalden tra i segni *certi* di gravidanza); invece R. Freund e C. Braun, pur ammettendo che qualche difetto possa essere inerente ai metodi sierologici, dichiarano che non è stato ancor raggiunto lo scopo di ottenere una diagnosi *certa* di gravidanza, sia con la dialisi che con la polarizzazione: ma non possono dissimularsi la grande importanza scientifica della questione e non escludono che possa raggiungersi, con ulteriori miglioramenti e studî, un completo risultato pratico.

Recentemente lo Stoeckel in un interessante « Geburtshilfliche Uebersicht » (*Jahreskurse f. ärztl Fortibildung*, luglio 1913, pag. 5) afferma che le dottrine dell'Abderhalden, di palpitante attualità, hanno indotto e inducono tuttora molti studiosi a ricerche intorno a problemi che finora apparivano insolubili. Il metodo della dialisi — egli dice — è ancora tecnicamente così difficile che appena può prendersi in considerazione: inoltre sembra che anche con una tecnica impeccabile càpitino ancora dei casi con risultato positivo là dove gravidanza non esiste. Sarebbe cosa nuova, è vero, che un metodo diagnostico desse risultati positivi nel 100 per cento: perciò la scomposizione della placenta per mezzo del siero del sangue può venir riguardata non come un segno certo ma solo come verosimile. L'Abderhalden stesso del resto ha già da un pezzo sorvolato sulla questione dell'utilità pratica del suo metodo. Se si potesse ammettere come legge costante la asserzione dell'Abderhalden circa la specificità organica dei fermenti che compaiono nel siero del sangue, ne risulterebbe un enorme progresso diagnostico, biologico e terapeutico e vi sarebbe grande probabilità di tener dietro al reciproco rapporto tra i varî organi del corpo.

Ma per ora tutto è in istudio e non è ancora possibile riferire su risultati definitivi. Occorre peraltro richiamar l'attenzione sull'asserzione del Veit, sopratutto importante per l'ostetrico, che il metodo di Abderhalden permette di riconoscere come albumina *fetale* quella secreta nell'albuminuria gravidica: questa asserzione, se potesse essere inconfutabilmente confermata, porterebbe molta luce nella oscurità sempre crescente delle nefropatie in gravidanza.

Anche l'affermazione che la placenta delle eclamptiche venga scomposta in modo diverso dalla normale merita controllo, tanto più che furono osservate scomposizioni ora più forti, ora più tenui.

U. ROLANDI.

### La reazione di Abderalden e le sue applicazioni in medicina interna.

Ravenna F. e Frondoni G. (*Rivista Veneta di scienze mediche*, 1914, n. 5-6) riportano e criticano la massima parte della ricchissima bibliografia su tale soggetto, discutendo importanti questioni di tecnica.

Le esperienze vennero condotte col massimo rigore e coi più severi controlli.

Come conclusione generale delle loro ricerche essi dicono che veramente nel siero di pazienti affetti da svariate forme morbose hanno potuto *spesso* mettere in evidenza, servendosi del metodo dialitico, una particolare attività proteolitica di fronte all'albumina convenientemente preparata di varii organi dell'economia. Tale azione disintegrativa, attribuita finora alla presenza nel siero di particolari fermenti, in molti casi si è dimostrata specifica nel senso che in individui affetti da carcinomi si è esercitata *di preferenza* sull'albumina di carcinoma, in malati di nefrite cronica sull'albumina renale, in persone colpite da svariate affezioni a carico del fegato (ittero cronico, cirrosi epatica, ecc.) ed in alcoolisti cronici sull'albumina epatica, ecc.

Però non sempre venne digerita l'albumina dell'organo che la diagnosi clinica od anatomica aveva accertato come leso (*reazioni in meno*) mentre al contrario venne osservata abbastanza spesso la digestione di albumine tratte da organi presumibilmente sani e messe per controllo (*reazioni in più*).

Gli AA. perciò non si sentono autorizzati ad ammettere che i cosidetti Abwehrfermente siano dotati di stretta specificità per organo. A spiegare certe reazioni plurime invocano invece una « specialità di gruppo » nel senso che tali fermenti possano agire sulle proteine tratte da organi che fanno parte di uno stesso apparecchio, proteine le quali risulterebbero da gruppi molecolari in parte comuni per tutti i detti organi, in parte diversi per ciascuno. Riuscirebbe così facile il comprendere come l'albumina tratta dall'organo leso possa venire attaccata in modo più completo dal fermento che, secondo il paragone di Fischer, ad essa si adatta come la chiave alla serratura, mentre altri substrati biochimicamente affini arrivano a dare una reazione di grado meno intenso.

A. S.

### La reazione di Moriz-Weisz nello stato puerperale.

Il dott. Carlini (*Ann. di ostetr. e di ginecol.*, novembre 1914) sperimentò quale sia il comportamento della reazione di Moriz-Weisz nello stato puerperale. Per la tecnica si attenne a quella descritta dal suo autore, con lievi modificazioni di dettaglio.

Dalle sue numerose esperienze risulta che la reazione riuscì positiva nel 56 % dei casi di donne incinte. E precisamente la reazione fu positiva nel primo trimestre di gravidanza il 36 % dei casi, nel secondo il 50 %, nel terzo il 65 %. In puerperio nel primo giorno si ha il 78 % di casi positivi; nel decimo giorno il 69 %; nel ventesimo il 12 % di casi positivi; oltre il trentacinquesimo giorno si osserva il 0 % di positivi. Riguardo alle gravidanze pregresse risulta che nelle primigravide la percentuale delle reazioni positive era del 42 %, nelle pluripare del 75 %. Risulta quindi che la reazione è più frequente nelle pluripare che nelle primigravide.

Il dott. Carlini concludendo afferma che nello stato puerperale si trova frequentemente positiva la reazione di Moriz-Weisz del permanganato di potassa. La frequenza e l'intensità della reazione non sono sempre allo stesso grado alle varie epoche dello stato puerperale. Essa manca o è debole nei primi mesi di gravidanza, è frequente e aumenta d'intensità avvicinandosi a termine; è ancora più evidente dopo il parto fino al decimo giorno circa di puerperio, poi diminuisce per scomparire col capoparto.

Non è accettabile l'opinione di Moriz-Weisz che la reazione che da lui prende il nome abbia un significato semeiologico, diagnostico e prognostico nella tubercolosi polmonare. Queste esperienze confermano l'ipotesi che la reazione sia dovuta all'ossidazione di sostanze (urocromo, allantoina od altre che per ora non è possibile precisare) originate dalla decomposizione cellulare.

I risultati ottenuti portano un contributo allo studio della composizione speciale dell'urina, dovuta ad aumentata eliminazione di prodotti di disfacimento, nello stato puerperale, già affermata da numerosi altri autori: Franz (tossicità), Mascherpa (reazione di Vefinow), Perazzi (creatinina), Soli (tensione superficiale), ecc.

L. MANFREDI.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Etiologia, profilassi e cura della vulvovaginite nell'infanzia.

L'importanza della vulvovaginite gonococcica nella tenera età va considerata non soltanto in rapporto alle sofferenze che essa produce ed alle complicazioni serie che ne possono derivare, ma sopra tutto dal punto di vista morale per il disagio che questa malattia suscita tra la famiglia e gli anni dell'innocenza dei piccoli figli.

Questa malattia è più diffusa di quanto comunemente si crede. Le vere epidemie di vulvovaginite che di quando in quando si sono verificate negli ospedali e negli istituti per bambine hanno richiamato l'attenzione dei pediatri sulla contagiosità di quest'infezione. La sua diffusione è sopra tutto favorita nelle scuole, nelle pale-

stre ed in tutti i luoghi pubblici dove convengono o convivono le piccole bambine in numero considerevole, e dove possono essere usati in comune i gabinetti per latrine, gli oggetti di biancheria, ecc.

Iears per un periodo di 5 mesi ha esaminato indistintamente tutte le bambine superiori alla età di 1 anno che si presentarono all'ambulatorio per le malattie dei bambini: su 626 bambine esaminate, ha trovato nel 5.3 % la vulvovaginite gonococcica. Taussig (*The American Journal of the medical sciences*, oct. 1914) ha studiato 66 casi di vulvovaginite in bambine dall'età di tre settimane fino a 12 anni, dal punto di vista epidemico e terapeutico.

In tutti i 66 casi, tranne tre soltanto, fu dimostrata la presenza del gonococco nella secrezione. L'anatomia e l'istologia dell'ultimo tratto degli organi genitali femminili prima della pubertà ci spiegano la facilità del contagio gonorroico in quest'età. Il gonococco attecchisce e si sviluppa molto rapidamente sui giovani epiteli cilindrici o pavimentosi; dopo la pubertà l'epitelio della mucosa vulvare e vaginale è più resistente. I genitali esterni delle fanciulle sono nudi e scoperti all'esterno, ed offrono così facile ricetto all'infezione. Per lo sviluppo delle grandi labbra e dei peli, il vestibolo della vagina rimane al riparo dai contatti diretti con l'esterno.

Quanto alla sorgente dell'infezione, solo raramente si è potuta accertare la sua provenienza dalla madre affetta da gonorrea, da sorelle o fratelli maggiori, da altri bambini o da altre persone conviventi.

Più importante è lo studio delle vie di trasmissione dell'infezione.

Dallo studio di speciali epidemie in ospedali per bambini si è pensato all'influenza delle mani delle infermiere che più volte al giorno debbono lavare e pulire la mucosa vulvare delle piccole bambine, quando essa è così delicata e tanto suscettibile alla infezione. Ma contro quest'ipotesi sta il fatto che il gonococco è stato dimostrato appena in due casi in bambine al disotto di un anno, cioè in quell'età in cui più frequente è questo trattamento dei genitali.

Così pure poca importanza come mezzo di trasmissione hanno i panni e gli oggetti di biancheria, perchè il gonococco va soggetto a rapido disseccamento sì che dopo 10-15 minuti i materiali di secrezione raccolti sui vestiti sono abbastanza rasseccati da poter costituire una sorgente seria di infezione.

Soltanto negli istituti dove una dopo l'altra parecchie bambine possono bagnarsi in una stessa vasca si può pensare che il bagno sia fattore di contagio.

Nei gabinetti delle latrine si hanno le condizioni migliori per la diffusione del contagio. I materiali di secrezione, depositati sui vasi e sulle panchine dei cessi, possono rimanervi umidi e virulenti a lungo specialmente dove per l'altezza soverchia del vaso le bambine son costrette a strofinare su di esso i genitali e le vesti. E questa maniera di contagio può verificarsi largamente, perchè il consiglio del medico viene richiesto spesso con ritardo e perchè casi di infezione lievi possono passare inosservati e non curati per parecchi mesi. Su 66 bambine, 47 erano scolare. Si ebbero due casi al disotto di 1 anno di età; 13 casi da 1 a 3 anni, 23 da quattro a sei, 19 da sette a nove, 9 da dieci a dodici.

Secondo l'A., la più frequente sorgente d'infe è da una bambina all'altra e la via di trasmissione più comune è costituita dal gabinetto della latrina. Naturalmente a rendere più frequente il contagio contribuiscono le condizioni antigieniche della casa, l'agglomeramento e la promiscuità di vita nella famiglia, l'igiene personale difettosa, ecc.

*Trattamento.* — La maggior parte dei metodi di cura si sono addimostrati così infidi che taluni AA. hanno ritenuto miglior partito abbandonare e sè stesse tali forme di vulvo-vaginiti. Ma ciò sarebbe pessimismo non giustificato. Senza dubbio le condizioni generali hanno un'importanza grande: l'aria sana, una buona alimentazione ed i tonico-ferruginosi agevolano la cura.

Nelle forme acute il riposo a letto e le istillazioni di argyrol al 25 % danno i migliori risultati. Ci si può aggiungere l'urotropina, l'elmitolo. L'uso dei vaccini nelle infezioni blenorragiche delle mucose, sia nella donna come nell'uomo non ha dato risultati incoraggianti.

Sono stati fatti numerosi tentativi di cura col bacillo dell'acido lattico, sotto forma di suppositori vaginali, applicati tre volte la settimana, per un periodo da 6 a 8 settimane. Su 10 casi così trattati, in 3 l'A. ottenne per un certo tempo la scomparsa di ogni secrezione; negli altri casi tale cura fu abbandonata per la sua inefficacia.

La superficie molto anfrattuosa della mucosa vaginale delle bambine non offre un terreno propizio alla cura a base di polveri o di irrigazioni.

Un metodo di cura più razionale è costituito da istillazioni ripetute a bassa pressione di forti soluzioni antisettiche, attraverso l'orificio dell'imene. L'A., a seconda dell'età, cerca di potere adoperare soluzioni forti di nitrato d'argento fino all'1, al 2, al 4 %. Sorprende come queste iniezioni siano poco dolorose, mentre i loro risultati sono tanto soddisfacenti specialmente nelle infezioni di lunga durata.

Le soluzioni al 2 % furono usate al disotto dei 5 anni e quelle al 4 % al disopra dei 5 anni. L'A. nelle prime due settimane di cura, suole prescrivere il riposo a letto e due volte al giorno le iniezioni di argyrolo al 25 %; dalla 2ª alla 4ª settimana, istillazioni quotidiane di nitrato d'argento all'1 %; dalla 5ª alla 6ª istillazioni di nitrato al 2 % a giorni alterni; dalla 7ª alla 8ª istillazioni al 4 % due volte e più tardi una volta la settimana. Scomparsa la secrezione, si consigliano due mesi di vita all'aria di campagna.

Questa cura dev'essere sistematica e lunga.

*Profilassi*. — Holt e Spaulding hanno stabilito le seguenti norme per prevenire le epidemie di vulvo-vaginite blenorragica negli ospedali infantili, orfanotrofi ed istituti consimili.

1° Esame microscopico dello smegma di tutte le bambine prima della loro ammissione, per escludere quelle che siano affette da infezione gonococcica.

2° Isolamento dei casi che non fulrono diagnosticati nell'atto dell'ammissione.

3° Infermieri a parte, termometri ed altri presidî riservati per le bambine infette.

Malgrado tutte le cure precauzionali, sono inevitabili i casi endemici che sono quasi costanti nelle grandi città. L'A. consiglia le seguenti misure preventive:

1° l'istillazione di una goccia di nitrato d'argento al 2 % nel vestibolo della vagina di tutte le neonate da madri affette da gonorrea;

2° si consideri la vulvo-vaginite delle bambine come una malattia da denunziare all'Ufficio d'igiene per le misure opportune e per provvedere all'insegnamento in apposite scuole;

3° istruzione dei genitori a mezzo di infermiere visitatrici che provvedano alle misure atte a combattere l'infezione e la diffusione del contagio (uso separato di tovaglie, biancheria intima, letto a parte, lavaggio dei panni infetti, precauzioni per l'uso della latrina). È consigliabile l'uso di vasi da notte personali, invece della latrina comune;

4° indagini per l'accertamento dell'origine dell'infezione dei singoli casi, per poter prevenire il contagio di altre bambine nella stessa causa;

5° l'uso di speciali vasi bassi per evitare la diffusione della malattia nelle latrine pubbliche, nelle scuole, ecc.

In alcune località sono state usate delle carte adatte a coprire volta per volta il piano della latrina.

L'A. dice che nella lotta contro questa malattia un'oncia di profilassi vale quanto molte libbre di cura.

P. S.

## Sulla coccigodinia in ginecologia ed ostetricia.

Secondo Hamant e Pigache (*Revue de Chirurgie*, 1914; *La Clin. Ost.*, 1915) lo spoglio delle casistiche lascia il dubbio che siansi spesso incluse, sotto la designazione di coccigodinia, delle sindromi puramente riflesse, cioè da affezioni topograficamente vicine alla regione coccigea.

*Etiologia*. — Si trovano ammesse:

1° coccigodinie di origine ostetrica da parto laborioso;

2° coccigodinie di origine genitale in affezioni della sfera interna di ambo i sessi (utero-annessiale e prostatica);

3° coccigodinie extragenitali, traumatiche (direttamente od indirettamente agenti sul coccige) e non traumatiche (affezioni ano-rettali diverse).

Secondo gli AA., va conservata in patologia questa entità nosografica ed intesa prevalentemente come traumatica (urto o caduta sul coccige, traumi ostetrici), sebbene risulti difficile il mettere sempre in evidenza il trauma. Sarebbe inesatto farne un'esclusiva malattia ginecologica, specie dell'età adulta, mentre si sono allargate le osservazioni ad ambedue i sessi e si è visto che la si può incontrare nelle diverse età.

Premessa la primaria importanza del traumatismo, assume posto subordinato, ma pure importante, anche la suscettività nervosa dei singoli pazienti.

*Sintomatologia*. — I fenomeni soggettivi consistono per solito in dolore vivissimo che succede immediatamente al trauma coccigeo od al parto laborioso; segue una fase di attenuazione, quindi un dolore sordo, lancinante, quasi di bruciore, erosione ecc., di rado continuo, salvo che coesista collezione purulenta a livello del coccige; la stazione assisa è dolorosa, salvo alla sponda di una sedia, di solito il cammino è penoso, a gambe stecchite, quasi temendo di sollevarle dal suolo.

Quanto ai segni *obbiettivi*, la cernita dei dati porta a questo riassunto: quasi sempre nulla di visibile, talvolta qualche ecchimosi regionale. Il dolore localizzato al coccige, inasprito dalla pressione digitale, talvolta accompagnato anche da spostamenti dell'osso.

*Anatomia patologica*. — Gli AA. disaminano le varie teorie: 1° *teoria nevralgica* o del semplice disturbo funzionale, non abbastanza comprovata; 2° *teoria nevritica*: per quanto verosimile, resta sempre molto suscettibile alla critica, tanto più che non si saprebbe come spiegarne l'esclusiva localizzazione; 3° *teoria della frattura del coccige*: stanno a favore di essa i casi, imprevisti, di frattura coccigea scoverti all'operazione. Gli spostamenti eventuali dei

frammenti, le connessioni legamentose, muscolari e nervose, la distribuzione delle tre paia di nervi, costituiscono un insieme di elementi adatto a spiegare da una parte la pretermobilità delle parti fratturate, dall'altra la sintomatologia dolorosa.

*Prognosi.* — Benchè sia tutt'altro che grave, va tuttavia ricordata la possibile pertinacia del male, fino a veder registrati casi di neurastenia e di suicidio.

*Cura.* — In ordine alla cura, sarebbe poco opportuno indugiarsi sui palliativi (antispastici, analgesici, antiflogistici, rivulsivi, galvano-faradizzazione, puntura lombare, ecc.). Bisogna affidarsi unicamente all'opera chirurgica. L'operazione può essere parziale o totale. Qualche chirurgo procedeva alla sezione dello sfintere anale, nelle fibre inserite al coccige; oppure all'incisione completa del muscolo stesso; ma gli insuccessi portarono a rinunziarvi, per procedere ad un intervento più radicale: l'estirpazione di tutto il coccige, che Whitead fino dal 1886 considerava come sicuro metodo di radicale guarigione.

B.

## La mestruazione vicariante e la mestruazione complementare.

La mestruazione va considerata non come una semplice fuoriuscita periodica di sangue dai genitali, ma come l'epilogo di complicati processi di ricambio cui prende parte tutto l'organismo, specialmente per mezzo delle secrezioni endocrine, le quali costituiscono un insieme di stimoli, cui corrisponde in definitiva l'uscita del sangue mestruo.

Quando questo fisiologico salasso disintossicante non si verifica dalla mucosa dell'utero e delle tube, ma da altri organi, si parla di mestruazione vicariante, fenomeno raro, che può rivestire le forme più strane.

Emorragie a periodi mestruali sono state viste venire dalle vie aeree superiori, dai bronchi, dai reni, dalla pelle, dalle mucose, dalla congiuntiva, dalle narici, dalle labbra, dalla vescica, dalla retina (retinite emorragica); lo Schachner ha descritto un caso di morbo maculoso di Werlhof rappresentante una mestruazione vicariante; così pure vecchie fistole ed antiche ulceri possono dar luogo a simili mestruazioni regolarmente ripetentesi.

Però di rado si ha una mestruazione vicariante assoluta: spesso questa fuoriuscita mestruale di sangue da svariate sedi si associa col flusso genitale regolare: allora si parla di mestruazione complementare.

L'Hirschberg (*Zentralbl. für Gyn.*, 27 giugno 1914) descrive un caso di mestruazione complementare, durata per 10 anni, in una donna, la quale, ad ogni ricorrenza mestruale aveva un flusso sanguigno dalle mammelle, in parte spontaneo, in parte provocato dai movimenti e dalla pressione, accompagnato con dolori lancinanti iniziantesi qualche giorno prima della mestruazione genitale e terminante 6-7 giorni dopo questa.

La paziente ha avuto due aborti, al 4° e al 5° mese, e durante questi, insieme alla mestruazione genitale, si è sospesa la mestruazione mammaria, che poi si è sempre ripresentata colla prima.

L'A. lascia indeciso se il suo caso debba interpretarsi come l'esponente di un alterato ricambio endocrino o l'effetto di una neurosi vasale.

G. SABATINI.

## La cura del vomito dei lattanti.

Bosc distingue i vomiti dei lattanti in quelli dovuti a iperalimentazione, ad intolleranza anafilattica, a stenosi pilorica congenita, ed in vomiti ciclici o acetonomici.

Il vomito per iperalimentazione si verifica da 10-30 minuti dopo il pasto e consiste nell'emissione di latte coagulato e di muco. Per far scomparire questo disturbo giova la regolarizzazione delle poppate. Queste saranno ridotte ad una durata di 5 minuti e divise da intervalli di tre ed anche quattro ore. Nell'allattamento artificiale si potrà ricorrere al *babeurre* per uno o due giorni, o anche alla polvere di latte completamente scremato a dosi crescenti.

Questi metodi ad ogni modo saranno adoperati solo quando non sia riuscita la cura degli alcalini: bicarbonato di soda gr. 0.40-0.50 prima di ogni poppata, oppure una cucchiaiata di una soluzione di citrato di soda 5 grammi in 300 di acqua. Per calmare lo spasmo stomacale giovano pure i bagni caldi a 37° della durata di 6-8 minuti due volte al giorno.

Il vomito per intolleranza anafilattica è dovuto ad una contrazione spasmodica dello stomaco che segue ad ogni assorbimento di latte. In questi casi specialmente è di molta efficacia il *babeurre* e la polvere di latte scremato. Per quanto spesso bisogna ricercare i rimedî con varî tentativi.

I vomiti per stenosi pilorica congenita colpiscono d'ordinario gli eredo-sifilitici; i vomiti compaiono solo dopo la nascita, s'accompagnano a movimenti peristaltici del piloro e ad una sensazione di tumore pilorico. Il vomito è ad esplosione ed a setto unico: la costipazione è frequentissima ed il deperimento rapido.

Il bambino dovrà essere alimentato a poco alla volta e di frequente, di regola a cucchiaiate, allo scopo di svegliare il meno che sia possibile la eccitabilità dello stomaco. Allo stesso scopo si potrà somministrare un cucchiaio da caffè 4-5 volte al giorno della seguente pozione:

| | | |
|---|---|---|
| Citrato di soda . . . . . | gr. | 5 |
| Tintura di belladonna . . . | gocce | 5 |
| Acqua distillata . . . . . | gr. | 300 |

oppure una delle seguenti cartine 3-4 volte al giorno:

| | | |
|---|---|---|
| Bromuro di sodio . . . . . | cgr. | 10 |
| Creta preparata . . . . . . | » | 15 |
| Bicarbonato di soda . . . . | » | 20 |
| Polvere di zucchero . . . . | » | 25 |

Le compresse calde all'epigastrio, i bagni caldi a 37° per 15 minuti mattina e sera completano la medicazione

Nel dubbio di sifilide si faranno frizioni di unguento napoletano.

Al trattamento chirurgico si ricorrerà solo nei casi disperati.

I vomiti ciclici si producono a crisi con 1 a 15 giorni d'intervallo in bambini con tara neuro-artritica. Il disturbo può associarsi ad appendicite cronica o a entero-colite muco-membranosa. Il bambino vomita, ma non sembra malato: la crisi cessa bruscamente con rapido ritorno al benessere. Il trattamento consiste nel riposo e nella dieta assoluta, ghiaccio sullo stomaco, lavaggi intestinali, iniezione di morfina quando il vomito fosse ostinato, iniezioni di olio canforato e di siero artificiale in caso di debolezza cardiaca.

Durante l'intervallo delle crisi si può praticare l'appendicectomia in caso esistessero segni di appendicite. Ad ogni modo bisogna sempre sorvegliare l'alimentazione del bambino sopprimendo le carni e tutti gli alimenti eccitanti o fermentati, e cercare di tener sempre regolare l'alveo.

DR.

**Per arrestare la secrezione lattea.**

Bloonc prescrive:

| | | |
|---|---|---|
| Solfato di atropina . . . . . | cgr. | 3 |
| Solfato di magnesia . . . . . | gr. | 90 |
| Infuso di genziana . . . . . | » | 250 |

Un cucchiaino ogni due ore.

P. S.

---

Pubblicheremo prossimamente:

GUCCIARDELLO S., *Plastica del padiglione dell'orecchio;*
IRACI E., *Mola vescicolare in parto bigemino teratologico.*

# POSTA DEGLI ABBONATI.

(510) *Contrazioni dolorose accessionali e frequenti dell'utero durante tutta la gravidanza,* terminanti assai spesso con eruttazioni gasose dallo stomaco, che cosa possono significare?

Abbonato X.

Salvo ad ammettere una precedente miometrite e quindi una facile dolorabilità dell'utero, ci sembra molto dubbio possa trattarsi di *vere* contrazioni uterine, la cui ripetizione così tenace avrebbe con facilità predisposto all'aborto o al parto prematuro. Le eruttazioni gasose fanno pensare a fenomeni riflessi sul sistema digerente o a fatti compressivi sul tubo intestinale, non rari a verificarsi anche durante tutta la gravidanza, sopratutto in soggetti isterici o comunque nevropatici.

U. R.

(511) Esiste qualche mezzo, oltre la compressione meccanica delle mammelle, *per ridurre o fare scomparire una enorme secrezione spontanea di colostro* in donna giovane, sana, primigravida del quarto mese?

Abbonato 5014.

Si potrebbe pensare all'opoterapia, del resto di dubbia efficacia; ma non ci sembrerebbe prudente somministrare prodotti opoterapici in una gestante. In ogni caso è indispensabile assicurarsi che non esista un vero stato patologico della glandola mammaria (elefantiasi, sarcoma, ecc.) Si potrebbe somministrare un po' di ioduro di potassio o di sodio, consigliare una certa restrizione nell'ingestione dei liquidi ed una *prudente* derivazione intestinale — sorvegliata dal medico — con purganti salini a piccole dosi. È lecito sperare tuttavia che il fastidioso fenomeno, a somiglianza della scialorrea, tenda a scomparire o almeno a mitigarsi nei mesi successivi.

U. R.

(512) Gli AA. recisamente dicono che *dopo il 5° mese di gravidanza* ogni *perdita di sangue* è impossibile; che cosa denotano allora leggerissime tracce di sangue che appaiono nel defecare o nel mingere?

Abbonato X.

Non ci sembra di poter convenire che dopo il 5° mese di gravidanza ogni perdita di sangue sia impossibile: basta pensare ai tanti casi di leggiera minaccia d'aborto, di mola vescicolare e simili. Comunque, in riguardo al quesito posto, esclusa con certezza l'origine *ure-*

*trale* (polipi uretrali, cistite, prolasso della parete uretrale) o *rettale* (varici emorroidarie, ragadi anali, proctite), queste leggiere tracce di sangue *dalla vagina* fanno pensare a lesioni del collo uterino, come cerviciti, antiche lacerazioni, polipi, proliferazioni fungose o simili.

U. R.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

E. BUMM. *Trattato completo di ostetricia.* IIIª edizione. Milano, Società editrice libraria, 1915. Prezzo L. 30.

Il libro del Bumm compie il suo tredicesimo anno di vita, ed è giunto alla IX edizione tedesca; la seconda edizione del libro fu una ristampa a distanza di 6 mesi, nella IX edizione l'A. « *ha tenuto conto dei progressi scientifici di questi ultimi anni* »: pochi dati storici, che sono, per sè, sufficienti a dire tutto il bene che il volume del Bumm merita. Questa terza edizione italiana tradotta dal prof. Merletti, sulla IX tedesca, con chiarezza ed eleganza di lingua, è corredata da una mirabile serie di figure e di notizie bibliografiche sui contributi italiani nella branca ostetrica.

La brevità del testo, che mira all'essenziale, trascurando quanto è divagazione e discussione di ipotesi, la rara se non unica chiarezza delle figure, la cui visione in serie è facile insegnamento o mezzo comodo di revisione, fanno del volume del Bumm un indispensabile ausilio dello studente e del medico nell'esercizio dell'ostetricia, che tanti palpiti e trepidazioni suscita, specie nell'inizio della propria carriera.

*t. p.*

Dott. E. MANCINI. *La reazione di Wassermann nel campo ostetrico.* Roma, Ditta Pallotta, 1914.

Una ricca ed esatta monografia pubblicata recentemente sull'importanza della reazione di Wassermann nel campo ostetrico è quella del dott. Ernesto Mancini. In essa, dopo un breve esordio inteso a ricordare gli studi recenti e lo stato attuale della questione, l'A. riassume la storia della reazione di Wassermann in generale; e venendo poi alle sue personali ricerche, premessa una esposizione dei metodi di tecnica da lui impiegati, passa a trattare più specialmente della applicazione della reazione di Wassermann in ostetricia, esponendo man mano i risultati della clinica ostetrica.

Numerose conclusioni teoriche e pratiche scaturiscono dall'accurato studio del dott. Mancini; notiamo ed esempio: la erroneità delle leggi di Colles-Beaumès e di Profeta, l'importanza della lues quale fattore di malformazioni o mostruosità fetali, l'utilità della reazione di Wassermann nella scelta delle nutrici, nell'indirizzo terapeutico sia per le gestanti che per la prole ed altre molte. Il lavoro si chiude poi con una ricca bibliografia e con le tabelle riassuntive dei 252 casi esaminati.

È una monografia coscienziosa e completa, che attesta la serietà dell'indirizzo seguito dall'A. e la importanza dell'argomento trattato e che riesce utile sia allo studioso che al pratico.

U. R.

S. RIVA-ROCCI. *La pediatria del medico condotto.* Un vol. in-16° di pag. 146. Milano, Società Editrice Libraria, 1914. Rilegato. L. 3.

Questo lavoretto raccoglie le consultazioni più frequenti occorse all'A., che così lo presenta: « Più *silhouettes* che quadri morbosi, dove una parola, un breve cenno dovrebbe far ricordare tutto un ordine di idee; dove un punto d'esclamazione mette in guardia il lettore, come i zig-zag dei cartelli stradali del Touring indicano all'attenzione dello *chauffeur* la svolta pericolosa. Se l'ho chiamato la pediatria del medico condotto non è perchè ritenga, che questo modestissimo bagaglio possa bastare alla più attiva ed affaticata parte dei medici pratici, ma per indicare che esso non è destinato agli specialisti nè agli studiosi della specialità, ma a quei medici pratici, a cui l'azione incalzante non permette più il placido studio sereno, e che necessitano di pochi richiami nervosi e brevi.... Se quest'opera avrà ricordato al momento opportuno il valore di un sintomo, o l'indicazione di un intervento terapeutico al medico che sale e scende le faticose scale delle caserme cittadine, o viaggia indefesso da un casolare all'altro, mi parrà di non aver buttate le veglie passate a limarlo e a ridurlo alle minime proporzioni ».

Il valore dell'A. e l'esposizione efficace ch'egli fa degl'intendimenti perseguiti, bastano a comprovare la bontà dell'utile lavoro.

R. B.

### PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CAZZANIGA A. Glicosuria agonica e sua importanza in medicina legale. — Firenze, 1914.

ANZILOTTI GIULIO. Lesioni sperimentali dei tendini e loro modo di riparazione. — Biella, 1914.

DEL VECCHIO GIORGIO. Effetti morali del terremoto in Calabria secondo Francesco Mario Pagano. — Bologna, 1914.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5329) *Chiamata sotto le armi - Servizio facoltativo.* — Il Dott. S. C. da C. desidera conoscere se il medico condotto che volontariamente si reca sotto le armi abbia diritto alla conservazione del posto e dello stipendio di medico condotto.

Nelle varie risposte date precedentemente a quesiti analoghi abbiamo pur sempre sostenuto che colui il quale, non essendovi obbligato, assuma il servizio militare, non abbia il diritto di conservare lo stipendio ed il posto. Se a Lei abbiamo diversamente risposto, vuol dire che le circostanze di fatto esposte nel quesito conducevano a diversa soluzione. Perchè potessimo darle il giudizio che Ella richiede in relazione alla risposta data dalla autorità prefettizia, sarebbe opportuno che Ella ripetesse il quesito indicando tutte le modalità della questione e dello svolgimento della medesima.

(5330) *Servizio militare - Congedo.* — Il Dott. D. G. da A., ritornato in condotta dopo un sol mese passato sotto le armi, si è visto dal Municipio, che sostiene che il mese passato sotto le armi debba considerarsi come passato in congedo, rifiutato il mese di stipendio. Desidera conoscere se ciò sia legale.

L'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili, applicabile anche a coloro che dipendono dai Comuni e dalle Opere Pie, dispone che l'impiegato chiamato in caso di mobilitazione sotto le armi è considerato come in congedo. Or, se durante la guerra l'impiegato è in congedo, ed ha diritto allo stipendio, ed alla sostituzione a carico del Comune, ci sembra giusto, che cessato il motivo della finzione, si imprenda senza altro il servizio, senza godere di altro congedo che, nel caso, sarebbe ultroneo e di soverchio aggravio al Comune.

(5331) *Chiamata sotto le armi.* — Il Dott. A. P. da T. desidera conoscere quale articolo di legge stabilisce che al medico chiamato sotto le armi spetta l'intero stipendio per la durata della guerra.

L'articolo 20 del testo unico delle leggi sullo stato giuridico degli impiegati civili che è applicabile anche agli impiegati comunali e delle Opere Pie stabilisce che l'impiegato chiamato sotto le armi in tempo di mobilitazione è considerato in congedo per ogni effetto di legge e conserva, perciò, il posto e l'intero stipendio per la durata della campagna di guerra.

(5333) *Servizio prestato allo Stato - Pensione.* — Il Dott. P. S. da M. di N. desidera conoscere se nel calcolo degli anni utili per la pensione si possa tener conto di quelli passati alla dipendenza dello Stato nella qualità di ufficiale medico della R. Marina.

Poichè gli anni passati a servizio dello Stato come ufficiale medico della R. Marina davano diritto per sè stessi a pensione, non possono essere calcolati come utili, a mente del disposto dello articolo 19 del testo unico delle leggi sulle pensioni dei medici condotti, il quale, appunto, ritiene calcolabili gli anni in servizio governativo che non dieno altrimenti diritto a pensione. Ella può, quindi, fare assegnamento solamente sugli anni passati in servizio di medico condotto.

(5334) *Congedo annuale - Compenso per mancato godimento di esso.* — Il Dott. M. da P. espone che avendo rassegnato dal 1° maggo passato la dimissione dal posto di assistente medico del locale Ospedale civile ed avendo per capitolato il diritto ad un mese di congedo, frazionabile anche a periodi di durata minore, ha chiesto alla amministrazione ospedaliera il compenso per i dodici giorni di congedo che avrebbe potuto usufruire, ma che nel fatto non ha chiesti. Desidera conoscere se la sua domanda sia legale e, nella affermativa, in qual modo debba regolarsi se l'amministrazione ospedaliera si rifiuti a concedere il chiesto compenso.

Avendo Ella lasciato il servizio senza chiedere, quando ne era il tempo, il congedo, cui poteva aver diritto, ora non può più pretenderlo nè tanto meno può chiedere compenso per non averlo goduto. Di congedo si può parlare quando il professionista trovasi in servizio e non quando egli, per una ragione qualsiasi, lo ha da tempo lasciato.

(5335) *Pagamento stipendio - Dimissioni.* — Il Dott. abbonato n. 7080 desidera conoscere se, avendo rassegnate le proprie dimissioni a decorrere dal 1° luglio p. v., possa aver diritto a seguitare il servizio nel caso che per quell'epoca non sia soddisfatto dello stipendio che avanza dal 1° gennaio 1915, e se, in caso di mancanza di pagamento, possa far subito citare il Comune.

Crediamo bene che prima di lasciare il servizio l'amministrazione comunale trovi modo di saldare il credito che ha per stipendi arretrati. Se il mandato degli stipendi fu già rilasciato e la mancanza di pagamento dipenda da effettiva deficienza di fondi in cassa, non ostante l'esattore

abbia l'obbligo del pagamento, è necessario far subito gli atti necessari per ottenere una sentenza di condanna onde aver modo di procedere al pignoramento dei ruoli delle entrate patrimoniali od al sequestro delle altre attività dell'azienda. Se, poi, non fu neanche emesso il mandato, e l'amministrazione si rifiuta a rilasciarglielo, dovrà premunirsene facendo domanda alla G. P. A. per il rilascio del mandato di ufficio. In ogni caso non potrà rimanere in ufficio oltre il tempo fissato nelle dimissioni, se furono queste regolarmente accettate dalla amministrazione.

(5337) *Ufficiale sanitario - Vigilanza sulle farmacie.* — Il Dott. P. C. da M. desidera conoscere quali facoltà di vigilanza egli deve come ufficiale sanitario esercitare sulle farmacie, se può indagare sulla entità e giustezza dei prezzi e se il farmacista possa spedire medicinali anche se non velenosi, senza ricetta del medico.

Finora non è stata pubblicata la tariffa dei medicinali per la vendita al pubblico e non è, perciò, possibile esercitare alcun controllo sulla entità e giustezza dei prezzi. I farmacisti debbono conservare copia di tutte le ricette spedite, anche quando non contengono veleni, giusta quanto dispone l'art. 61 del vigente testo unico delle leggi sanitarie. Locchè fa naturalmente dedurre che nessuna spedizione di medicinali può avvenire senza la relativa prescrizione medica. La nuova legge sulle farmacie ha tolto sulle medesime qualsiasi ingerenza dell'ufficiale sanitario. Esse ora sono sottoposte a vigilanza da parte del medico provinciale e di ispettori espressamente nominati dal Ministero dell'Interno.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Cercasi subito medico assistente, esente servizio militare. Stipendio 1080, alloggio e servizio; vitto tutti i giorni, qualche incerto, nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione medica.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Due condotte mediche del capoluogo e condotta di Civitella; L. 4000 lorde per cura piena. Età massima anni 35, salvo eccez. regol. Scadenza 20 luglio.

CANTIANO (*Pesaro*). — Seconda condotta semi-residenziale; L. 4200, senz'obbl. cavalc. Proroga al 10 luglio. Accettaz. entro 20 giorni, servizio entro 30. Ab. 4658, di cui 2502 nel reparto di ettari 4100; ospedale con camera operatoria.

* CARPEGNA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta per 3 comuni consorziati; a tutto 20 luglio; L. 3000 fino a 1000 poveri (sono circa 600), L. 300 quale U. S., L. 50 per ogni 100 o frazione di 100 semi-abbienti, L. 700 per cav.; tre sess. su L. 3000; per i parti L. 20-30; assicur. Accettaz. entro 15 giorni, salvo gravi ragioni.

CHIAMPO-SAN PIETRO MUSSOLINO (*Vicenza*). — Condotta; L. 4000 con l'obbligo del cavallo e per i soli poveri. Residenza a Chiampo. Termine 30 giugno. Documenti di rito.

GABBRO DI COLLE SALVETTI (*Pisa*). — Condotta semi-residenziale; L. 380 o più L. 700 per cavalcatura. Scadenza 30 giugno.

FORLÌ. *Ospedale Civile.* — A tutto il 15 luglio concorso ad assistente nella Sezione chirurgica; annuo assegno di L. 1300; imposta di R. M. a carico dell'eletto. Ordinaria gratificazione annua di L. 120, alloggio nell'Ospedale, caffè e latte ogni mattina e vitto per l'intera giornata di turno per il servizio di guardia.

GIMIGLIANO (*Catanzaro*). — 2ª condotta; L. 2200 lorde, con aumenti sess. Età limite 35 anni, s. e. r. Servizio entro 20 giorni. Scad. 30 giugno.

LEVATE (*Bergamo*). — Consorzio con Sabbio Bergamasco; ab. 1700. L. 4000. Rivolgersi sindaco di Sabbio Berbamasco. Scad. 30 giugno.

MIANO (*Treviso*). — Condotto residenziale; L. 4150 lorde. Scadenza 20 luglio.

MONTEFALCO (*Perugia*). — Il concorso alla condotta (L. 4400) è prorogato a tutto il 31 agosto.

PERRERO (*Torino*). — Condotto ufficiale sanitario per Consorzio; L. 3500. Scadenza 30 luglio.

PIOVERA (*Alessandria*). — A tutto 30 giugno condotta per i poveri; ab. 1451 di cui circa 300 in poche case sparse; L. 1300 lorde con 4 quinquenni del decimo e L. 250 quale U. S.

ROCCA DI PAPA (*Roma*). — Il concorso ad una delle condotte per la cura generale è prorogato. Lo stipendio è fissato per ora in L. 3600, salvo aumento dal 1° gennaio a L. 4000 lorde, di cui L. 3000 pei pov. e L. 1000 per gli abbienti. Scad. 5 lugl.

ROSIGNANO MARITTIMO (*Pisa*). — Condotta di Castelnuovo della Misericordia, semi-residenziale; L. 3800. Scadenza 30 giugno.

SAN RAFFAELE CIMENA (*Torino*). — Condotto U. S.; poveri; L. 2500 lorde con 4 sessenni. Scadenza 30 giugno.

SCLAFANI (*Palermo*). — Vedi avviso sulla prima pagina della copertina.

SIENA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario del Comune; L. 3600 lorde e 4 aumenti del decimo; L. 200 come capo dell'Ufficio d'igiene. Il Comune affida all'ufficiale sanitario l'incarico di assistere alle esumazioni richieste dai privati con diritto a L. 5 per ogni assistenza: per tali prestazioni è ritenuto che l'ufficiale sanitario possa raggiungere un introito di L. 400 annue circa. Se tolto, tale incarico sarà compensato con equo aumento di stipendio. Assunzione entro un mese dalla partecipazione di nomina. Richiedere schiarimenti. Scadenza 20 luglio.

TORINO. *Ospedale « Maria Vittoria ».* — Assistente interno nella Sezione di pediatria medica diretta dal prof. dott. Meynier. Presentazioni di titoli e documenti esclusivamente presso la Segreteria.

* VILLAGRANDE STRISAILI (*Cagliari*). — Condotta piena; L. 4500 lorde. Scadenza 5 luglio.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.

# MEDICINA SOCIALE.

## Per una Società italiana di medicina sociale.

Riportiamo la circolare diramata ai cultori della Medicina Sociale in Italia per la costituzione della Società di cui già demmo notizia.

Egregio Signore,

Ci permettiamo interessarLa alla costituzione di una Società italiana di Medicina sociale, quale è da tempo desiderata dagli studiosi italiani e quale dal rinnovato «Ramazzini» di Firenze si crede opportuno, pur in questi momenti, costituire sulle basi del programma redatto nel 1° numero di quest'anno.

Le linee fondamentali che il Comitato promotore ha tracciate sono le seguenti:

1° È costituita una Società italiana di Medicina sociale, con sede in Firenze, e di cui è organo ufficiale il periodico «Ramazzini».

2° La direzione della Società è affidata ad un Comitato composto di cinque membri, ai quali è demandato il compito di propugnare, coordinare e avviare alla risoluzione qualunque ragionevole iniziativa o programma nel campo della medicina sociale e più precisamente in attinenza: alla demografia, igiene pubblica, patologia del lavoro, infortunistica, assistenza ed assicurazioni sociali, eugenica.

3° Possono far parte di questa società medici e persone che simpatizzano col programma del giornale «Il Ramazzini». La quota annua non potrà essere inferiore a L. 30 con diritto al giornale.

4° Per essere ammessi come soci è necessario riportare almeno i 2/3 dei voti dei partecipanti alla votazione. Le votazioni per l'ammissione dei soci e la elezione del comitato direttivo si potranno fare anche per corrispondenza.

5° Il comitato direttivo avrà facoltà di riunire i soci in occasione dei congressi che si interessano alla protezione igienico-socale dei lavoratori ed in ogni caso sempre a quelli biennali delle malattie del lavoro.

Comitato promotore: proff. Pieraccini, Biondi, Devoto, Mori e dr. Giglioli.

Sede - Via Bufalini N. 10 (Prof. Pieraccini).

## La Società Italiana per gli studi della malaria

ha tenuto due assemblee presiedute dall'on. Leone Caetani.

Nella prima venne degnamente commemorato il prof. A. Celli, fondatore ed anima della Società; in seguito a discussione venne affidato al Consiglio d'amministrazione il compito di redigere lo schema di un nuovo Statuto; vennero eletti a consiglieri i soci prof. A. Bignami, prof. A. Dionisi, on. G. Fortunato, sen. L. Franchetti, sen. prof. E. Marchiafava e confermati quale presidente l'on. L. Caetani e quale economo cassiere il prof. A. Nazari; vennero accettate le dimissioni del prof. M. Levi della Vida da segretario.

Nella seconda adunanza, in seguito a designazione del Consiglio, venne scelto ed acclamato il prof. A. Dionisi quale successore del prof. Celli nell'azione direttrice e coordinatrice del sodalizio; si deliberò di promuovere una sottoscrizione per erigere un monumento al prof. Celli (le oblazioni potranno essere inviate all'economo-cassiere prof. Alessio Nazari, via Agostino Depretis 92, Roma; ovvero al prof. Ernesto Cacace, via P. S. Mancini, 13, Napoli); si approvò il nuovo statuto; vennero nominati soci consulenti e rappresentanti i proff. G. Rossi ed E. Cacace, e segretari i prof. Mario Levi della Vida in Roma ed Emilio Engel in Palermo.

Riportiamo integralmente il nuovo Statuto della Società.

Art. 1. — È istituita una Società per gli studi della malaria in Italia.

Art. 2. — La Società ha sede in Roma e ne fanno parte sia coloro che portano un contributo scientifico o pratico a questi studi, sia coloro che dànno i mezzi per compierli.

Art. 3. — Sono soci fondatori quelli che dànno almeno 500 lire per una volta, soci perpetui quelli che contribuiscono con una quota di almeno 100 lire. L'ammissione così dei soci di studio come dei contribuenti è deliberata dal Consiglio di amministrazione in seguito a domanda del candidato.

Art. 4. — La Società è diretta da un Consiglio di amministrazione composto di un Presidente, cinque consiglieri, due segretari e un economo-cassiere. Le cariche vengono conferite dal voto diretto della assemblea dei soci ed il Consiglio rimane in carica per un tempo illimitato. I membri di esso dimissionari o defunti saranno sostituiti per votazione dalla assemblea dei soci.

Art. 5. — Il Consiglio di amministrazione può nominare soci consulenti rappresentanti della Società quelli fra i soci che sono specialmente benemeriti per attività negli studi e nella propaganda antimalarica e che hanno riconosciute competenze. In casi speciali il Consiglio di amministrazione potrà pregare i soci consulenti rappresentanti ad intervenire alle sue riunioni.

Art. 6. — La Società viene convocata in assemblea dal Consiglio di amministrazione per lo meno una volta all'anno per la presentazione del bilancio e del resoconto morale; inoltre verrà convocata ogni qual volta lo ritenga opportuno il Consiglio di amministrazione oppure quando la convocazione sia richiesta da almeno 10 soci. Le assemblee sono valide, quando vi intervengano o vi siano rappresentati non meno di 15 soci.

Art. 7. — Spetta al Consiglio di amministrazione erogare i fondi della Società per le spese degli studi.

Art. 8. — Al Consiglio di amministrazione è affidata la scelta dei lavori sulla malaria da pubblicarsi in atti, i quali verranno spediti gratuitamente, quando il bilancio lo consenta, a tutti i soci; ove occorra, si pubblicheranno bollettini per ragioni di propaganda, o per dar notizia di ricerche che abbiano immediata importanza pratica.

## Il consorzio per il funzionamento ambulante del Museo della Tubercolosi dell'Ospedale maggiore di Milano.

La Commissione nominativa dal Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano per la formazione di un Museo della tubercolosi di proprietà dell'Ospedale Maggiore e per la costituzione di un Consorzio per il funzionamento ambulante

del Museo stesso, composta dai dottori Arienti, Cova, Da Fano, Denti, Haiech, Pini, Ronzani e dell'avv. Gaggi, ha comunicato copia dello Statuto dell'erigendo Consorzio.

L'utilità pratica già altamente apprezzata all'estero, specialmente in quelle nazioni dove tali istituzioni funzionano da qualche anno, della propaganda profilattica antitubercolare, alla quale è di indispensabile sussidio un ben fornito Museo ambulante, non è mai posta più in dubbio ed il Consiglio Ospitaliero che agli scopi curativi dell'Ospedale Maggiore volle aggiungere, coll'istituzione di tale Museo, un mezzo di propaganda profilattica tanto importante, non dubita di potere, a mezzo della sullodata Commissione e di tutti quanti si interessano al grave problema, ottenere il maggior numero possibile di adesioni.

Pubblichiamo i vari articoli dello Statuto:

Art. 1. — È costituito in Milano un Consorzio per il funzionamento ambulante del Museo della tubercolosi di proprietà dell'Ospedale Maggiore, fra i seguenti Enti:

1° Ospedale Maggiore;

2° Comune di Milano;

3° Associazione per la difesa contro la tubercolosi e tutti quegli Enti o Corpi Morali che vengano in seguito ammessi a sensi dell'articolo 7 del presente Statuto.

Art. 2. — Il Consorzio ha la sua sede nell'Ospedale Maggiore di Milano ed ha per iscopo di provvedere all'utilizzazione del Museo antitubercolare istituito dal detto Ospedale per la propaganda pratica popolare dei mezzi di lotta contro la tubercolosi.

Art. 3. — Il Consorzio provvede al raggiungimento dei suoi scopi coi seguenti mezzi:

*a*) Col contributo annuo ordinario di L. 100 dovuto da ciascuno degli Enti consorziati, da pagarsi al principio di ogni anno in via anticipata;

*b*) Coi contributi facoltativi straordinari degli Enti medesimi, coi sussidi di altri Enti pubblici od Autorità, colle oblazioni di privati e col ricavo di pubbliche sottoscrizioni;

*c*) Coi contributi degli aderenti al Consorzio fissati in annue L. 10 per ciascuno con obbligazione triennale.

Art. 4. — Il Consorzio è amministrato da un Comitato Esecutivo composto di un Consigliere e di un membro della Direzione Medica degli Istituti Ospitalieri, del Conservatore del Museo e di sei persone elette ogni anno dall'Assemblea degli Enti consorziati e degli Aderenti.

Art. 5. — L'Assemblea degli Enti consorziati e degli Aderenti si raduna ogni anno in via ordinaria entro il mese di gennaio per l'approvazione del conto consuntivo dell'anno precedente, del preventivo dell'anno in corso e per l'elezione di sei membri del Comitato Esecutivo.

Viene radunata in via straordinaria ogni qualvolta il Comitato Esecutivo lo ritenga necessario, o gliene sia stata fatta richiesta scritta, indicante il motivo dell'adunanza, da almeno tre degli Enti consorziati o da almeno dieci degli aderenti.

Art. 6. — Il Comitato Esecutivo elegge nel proprio seno un Presidente, un Segretario ed un Tesoriere scelti fra i sei membri eletti dalla Assemblea, i quali durano in carica un anno e possono essere rieletti. Le funzioni del Comitato Esecutivo sono gratuite.

Il Presidente rappresenta legalmente il Consorzio in ogni sua operazione attiva e passiva di fronte ai terzi anche in giudizio.

Il Presidente convoca e presiede le adunanze tanto del Comitato Esecutivo quanto dell'Assemblea.

Art. 7. — Il Comitato Esecutivo delibera sulle domande di ammissione al Consorzio tanto da parte di Enti o Corpi Morali che si obblighino per un triennio al versamento della quota annua di cui al comma *a*) dell'art. 3, quanto da parte di persone fisiche che intendano associarsi al Consorzio in qualità di aderenti coll'obbligo triennale del versamento del contributo annuo di cui al comma *c*) del predetto art. 3.

All'atto della loro ammissione al Consorzio gli Enti consorziati devono notificare al Comitato Esecutivo le persone fisiche alle quali viene affidato l'incarico di rappresentare l'Ente nel Consorzio. Ogni Ente non può a tal uopo delegare più di due persone.

Il Comitato Esecutivo delibera inoltre su tutte le domande di concessione temporanea del Museo Ambulante per scopi di propaganda, anche da parte di Enti non consorziati o di individui non aderenti al Consorzio.

Art. 8. — Il Comitato Esecutivo amministra il Consorzio secondo le disposizioni e le norme delle leggi e dei regolamenti vigenti sulle istituzioni pubbliche di beneficenza, in quanto siano ad esso applicabili, ferme nel resto le disposizioni degli articoli dal 1076 al 1736 del codice civile, esclusi gli articoli 1729 e 1732.

Art. 9. — Nel caso di scioglimento del Consorzio, deliberato da un'Assemblea straordinaria espressamente convocata coll'intervento ed il voto favorevole di almeno la metà degli Enti Consorziati e di un terzo degli aderenti, l'eventuale residuo attivo patrimoniale dovrà essere versato all'Ospedale Maggiore ad incremento del Museo antitubercolare.

Art. 10. — Uno speciale regolamento compilato dal Comitato Esecutivo ed approvato dall'Assemblea disciplinerà le modalità del funzionamento ambulante del Museo antitubercolare e le garanzie per il suo trasporto a scopo di propaganda, le sue consegne e riconsegne al Consorzio, nonchè la responsabilità per i deterioramenti od i danni arrecativi.

## Pro infanzia anormale.

Si è tenuto a Milano un convegno per costituire l'« Associazione italiana pro anormali », presso la scuola autonoma Treves.

L'assessore Gottardi portò il saluto del Comune; il dott. Alfredo Albertini lesse le numerose adesioni.

In tre sedute il convegno trattò della costituzione e organizzazione statutaria della Società.

L'assemblea convenne che questa, per raggiungere lo scopo di promuovere e tutelare la educazione, l'istruzione e l'assistenza dei fanciulli anormali, debba agevolare lavori, studi, ricerche sia nel campo medico, sia in quello della psicologia applicata e della pedagogia emendativa; organizzare corsi di lezioni, di esercitazioni, di conferenze ai medici, agli insegnanti, alle famiglie, promuovere discussioni nelle adunanze dei soci e referendum. Altra opera sarà quella da esplicarsi presso le autorità per una razio-

nale selezione degli scolari ed in favore delle istituzioni per l'assistenza medico-pedagogica agli alunni anormali, di procurare ai soggetti educati la assistenza anche dopo il periodo scolastico.

Il Convegno ha deliberato favorevolmente sulla costituzione di Comitati regionali legati all'Associazione dal vincolo unitario del programma e degli scopi, ma autonomi quanto ai mezzi ed ha stabilito che la sede del Sodalizio sino al prossimo Congresso sia Milano, nella Scuola Z. Treves.

Del Consiglio direttivo furono eletti: presidente il prof. Sante De Sanctis, vice presidenti i proff. Ferreri di Milano e Ponzio di Torino, segretario il dott. Alfredo Albertini, direttore della Scuola Treves.

**Per i dispensari d'igiene sociale in Francia.**

I senatori Léon Bourgeois, Ribot, Strauss ed altri hanno presentato lo scorso anno al Senato francese un progetto di legge per l'istituzione di Dispensari d'igiene sociale e di prevenzione antitubercolare.

Nella relazione che precede il progetto di legge la Commissione fa notare che, nonostante le migliorate condizioni sanitarie della Francia, la mortalità generale è ancora superiore a quella della Germania, della Svizzera, del Belgio e dell'Inghilterra. E la tubercolosi in questa mortalità interviene con un numero ancora grande di morti avendo nel 1910 causato 217 decessi per 100 mila abitanti.

Per lottare contro questo terribile male la Commissione propone la creazione di Dispensari d'igiene sociale il cui ufficio deve essere quello di preparare l'educazione antitubercolare, di dare consigli di profilassi e di igiene, di assicurare e di facilitare agli ammalati affetti da malattie trasmissibili la ammissione negli ospizi, sanatori, case di cura o di convalescenza, e, richiedendolo il caso, di disinfettare le biancherie e i locali resi insalubri dalla presenza degli ammalati.

Questi Dispensari, d'accordo cogli organi locali o regionali d'assistenza, organizzeranno, ora uffici di beneficenza, servizi d'assistenza gratuita, di consultazioni gratuite e di distribuzione di medicinali.

**La lotta antitubercolare negli Stati Uniti.**

La lotta antitubercolare negli Stati Uniti è dal 1904 organizzata sotto gli auspici della «National Association for the Prevention of Tuberculosis».

Nel 1904 non vi erano che 20 associazioni fondate a scopo di organizzare la lotta antitubercolare, mentre oggi più di 1200 gruppi o società sono sottoposte alla direzione della «National Association for the Prevention of Tubercolosis».

In tutte le città di qualche importanza vi sono una o due società antitubercolari.

Tempo fa si contavano 115 sanatori più o meno bene organizzati, oggi se ne contano 600 riccamente installati con un totale di 3500 letti.

Esistono 400 dispensari o cliniche per tubercolosi, mentre nel 1904 se ne contavano soltanto 15.

Non c'erano scuole all'aperto, ed oggi 200 scuole all'aperto funzionano.

Se dieci anni or sono il popolo americano sembrava non conoscesse e non avesse timore della tubercolosi, oggi non è così; si insegna la lotta antitubercolare perfino nelle scuole. In una parola la lotta è incessantemente e intelligentemente condotta. E in questa armata di lottatori non vi sono soltanto i medici; i governatori, i sindaci, i consiglieri municipali, i commissari, i presidenti delle grandi compagnie, i magnati delle ferrovie, infine tutti i cittadini intelligenti ed istruiti, concorrono efficacemente in questa lotta pel bene comune.

**Lotta antialcoolistica nell'esercito francese.**

Il generale Joffre ha emanato il seguente ordine:

«Il prolungarsi della posizione stazionaria ha condotto ad una recrudescenza nel consumo dell'alcool e delle bevande alcooliche, nelle località occupate dalle truppe. Il risultato potrebbe essere pernicioso tanto dal punto di vista della disciplina, che della salute degli uomini.

L'autorità militare, seguendo in ciò la via tracciata dal Parlamento e valendosi dei poteri che le appartengono nello stato di guerra, si vede obbligata a mettere un termine a questa condizione di cose. La stessa fa appello al patriottismo degli abitanti per essere aiutata a combattere l'alcoolismo in tutte le sue forme; ognuno deve comprendere che tutto ciò che può diminuire la forza materiale e morale del nostro esercito, diventa in presenza del nemico un vero delitto contro la difesa nazionale.

In conseguenza il generale comandante dell'esercito, visto l'art. 7 della legge 9 agosto 1849 e la legge 16 marzo 1915, delibera:

Art. 1. — Nella zona dell'esercito la vendita ai militari di tutti i gradi e lo acquisto da parte di questi di alcool e di bevande alcooliche (assenzio, bitter, vermouth, aperitivi, vini da liquore, acquavite, ecc.) è proibita tanto presso i negozianti, che presso i privati.

Art. 2. — Nell'interesse della disciplina e dell'igiene delle truppe, il consumo dell'alcool e bevande alcooliche è limitato alle razioni che loro saranno distribuite regolarmente. Ed al di fuori di queste distribuzioni è vietata ai militari, anche gratuitamente, qualsiasi quantità di bevande.

Art. 3. — La circolazione, l'acquisto e la vendita dell'alcool e delle bevande alcooliche è proibita nella zona delle operazioni.

Art. 4. — Gli alcool denaturati e farmaceutici non sono compresi nella presente ordinanza.

Art. 5. — I contravventori al presente ordine, commercianti o no, saranno tradotti davanti alla giurisdizione competente (Tribunale di polizia o Consiglio di guerra).

I commercianti avranno i loro stabilimenti consegnati alle truppe. In caso di recidiva, detti stabilimenti saranno definitivamente chiusi ed i contravventori civili, commercianti e non commercianti, saranno allontanati dalla zona dell'esercito.

Il generale comandante dell'esercito
Joffre.

## *NOTIZIE DIVERSE.*

**Il personale della Croce Rossa e il servizio militare.**

Con R. D. 23 maggio 1915, n. 719, veniva disposto:

Art. 1. — In caso di guerra o di mobilitazione totale o parziale dell'Esercito o dell'Armata, e limitatamente al detto periodo, gli inscritti nel personale mobile dell'Associazione della Croce Rossa Italiana sono considerati militari e sono soggetti, in ragione del grado, cui a norma dei regolamenti si trovano equiparati, alla disciplina militare, sia nei rapporti fra loro, sia reciprocamente nei rapporti con i militari del R. Esercito e della R. Marina. Tale disposizione avrà effetto solamente quando siano chiamati a prestar servizio con le unità mobilitate.

Nel caso suddetto, ai mancanti alle chiamate vengono applicate le disposizioni penali sancite per i militari nel R. Esercito e della R. Marina.

Art. 2. — Il Governo del Re è autorizzato a riconoscere i gradi che il personale riveste nella Associazione al momento della chiamata in servizio con le unità mobilitate (non oltre quello di maggiore) e quali delegato generale e commissari delegati presso le Armate.

Il grado è provvisorio e verrà dato individualmente, volta per volta, al momento in cui assumono servizio, agli ufficiali dei quali viene richiesto l'impiego ed ai delegati suddetti e per la durata del servizio stesso.

Un apposito regolamento della Croce Rossa, approvato dai Ministeri della guerra e della marina, stabilirà le norme per l'applicazione del presente decreto.

Art. 3. — Gli impiegati civili dello Stato ascritti alla Associazione della Croce Rossa Italiana, se prestano servizio, anche volontariamente, nell'Associazione stessa in caso di guerra, si considerano ad ogni effetto come in congedo.

Art. 4. — La disposizione di cui al precedente articolo è applicabile anche agli impiegati civili dello Stato ascritti fra i cavalieri italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta ed appartenenti al Corpo nazionale volontari ciclisti ed automobilisti (volontari ciclisti ed automobilisti ed altre organizzazioni di milizie volontarie che siano riconosciute dal Governo).

**I treni ospedale della Croce Rossa.**

Sono in esercizio, completamente arredati e forniti del personale necessario, 22 treni-ospedale, ciascuno dei quali può trasportare 206 infermi, caricati su comodissimi lettucci barelle disposti in due ordini lungo le pareti delle carrozze. I 22 treni-ospedali possono trasportare, in un solo simultaneo viaggio, ben 4532 infermi coricati ed assistiti come se fossero in veri e propri, bene ordinati ospedali. Durante il viaggio, il servizio funziona, infatti, come in un ospedale mobile con tutti i mezzi e presidî curativi. In ogni treno vi è un ispettore amministrativo, un medico capo, due medici assistenti, un farmacista, un cappellano, quattro signore infermiere, oltre gli impiegati amministrativi e contabili, sorveglianti, infermieri, inservienti, ecc. Il treno-ospedale è fornito di una farmacia provvista di abbondante materiale da medicatura e medicinali d'ogni genere; di una camera di medicazione, nella quale è possibile eseguire atti operativi d'urgenza quando il treno sosta nelle stazioni; di una dispensa e cucina, e di alloggi per il personale. Le carrozze hanno la lunghezza di 18 metri, ed il treno-ospedale essendo composto di 14 carrozze, occupa una estensione di 252 metri, il che equivale a dire che i 22 treni della Croce Rossa, se fossero incolonnati, prenderebbero uno spazio chilometrico di oltre 5 chilometri e mezzo. Se a questi si aggiungono i 4 treni allestiti dall'Ordine di Malta, in tutto eguali a quelli della Croce Rossa, si avrà in totale una capacità di 5356 infermi e una lunghezza di treni di metri 6552. Riteniamo che gli altri Stati belligeranti non possiedano simile quantità di treni-ospedali forniti dalla Croce Rossa o da altre associazioni private. I treni-ospedale dovevano essere pronti entro il 20° giorno dal decreto di mobilitazione e furono tutti in pieno assetto anche prima del termine stabilito. Ciò torna ad onore della benemerita Associazione della Croce Rossa Italiana e del Comitato centrale, dei varî Comitati regionali e della Presidenza.

**Il Comitato romano per l'organizazzione civile e l'assistenza sanitaria.**

In merito all'assistenza sanitaria il Comitato romano per l'organizzazione civile ha preso varie iniziative che si vengono svolgendo con la massima regolarità e intensificando ogni giorno più. L'istruzione del personale sanitario, l'organizzazione delle varie società di pubblica assistenza, l'arruolamento d'infermieri e di infermiere, i corsi teorici e pratici per tutto il diverso personale, sono oggetto del più vivo interessamento della speciale Commissione, la quale oramai ha già un'organizzazione sufficiente per soddisfare alle prime esigenze. Per quanto riguarda i feriti, il compito dell'assistenza spetta principalmente all'autorità militare; e quindi il Comitato non può fare opera propria. È tutta un'azione di coordinamento e d'integrazione, che si viene studiando ed attuando. Intanto si sono potuti offrire allo Stato un numero notevole di letti completi. La Commissione femminile, veramente instancabile nella sua azione, ha potuto già diplomare più di 300 infermiere e un numero ragguardevole d'inservienti di corsia. In tutte le diverse manifestazioni di attività del Comitato le signore portano il loro preziosissimo contributo con vero intelletto d'amore.

L'opera del Comitato è abbastanza complessa, e il suo funzionamento è organico e razionale.

**Il Comitato napoletano per l'organizzazione civile sanitaria.**

Il senatore Croce invitò i più autorevoli sanitari della città di Napoli per intendersi insieme intorno alla organizzazione dell'assistenza sanitaria ed igienica civile durante la guerra. La riunione riuscì oltremodo solenne per numero ed autorità d'intervenuti.

Tutti offrirono con mirabile concordia e slancio il loro consiglio e la loro opera in pro dell'assistenza e dell'igiene pubblica durante il periodo della guerra. Seduta stante fu sottoscritto l'elenco di coloro che si offrivano a disposizione del Comitato: fu uno spettacolo d'abnegazione commovente. Indi, ritenendosi necessario di agi-

re con sollecitudine e di studiare presto e senza inutili discussioni tutti i mezzi necessari per la organizzazione dei servizi sanitari ed igienici, si venne nella determinazione di formare una Commissione costituita di un numero ristretto di persone perchè, lungi da vacue lungaggini e discussioni superflue, in questo periodo che deve essere di fervido lavoro e di esclusiva azione, vengano con ogni sollecitudine studiati ed adottati i mezzi per far sì che Napoli, nella eventualità del ricovero di feriti in numero considerevole, non faccia mancare nè attenuare in alcun modo l'assistenza agl'infermi non militari, e sia pronta, con tutte le previdenze profilattiche del caso, a prevenire e reprimere energicamente i pericoli d'infezioni che hanno sempre accompagnato ogni grande guerra.

**Deputati medici sotto le armi.**

Nell'elenco dei medici deputati che prestano l'opera propria durante la nostra guerra, pubblicato nell'ultimo numero, manca l'on. dott. Vito Fazzi, deputato del I collegio di Lecce, precettato come capo del reparto di chirurgia nell'Ospedale di riserva di questa città col grado di capitano.

**Gli odontoiatri per la guerra.**

La Federazione stomatologica italiana, presieduta dal dott. prof. Aldo Maggioni, aveva offerto all'Ispettorato di sanità militare in Roma l'opera disinteressata dei propri soci sino dal 19 aprile ed ha avuto il pieno consenso dell'ispettore capo S. E. il tenente generale Ferrero di Cavallerleone, con lettera in data 20 aprile, con la quale egli fissa anche in modo preciso le norme secondo le quali tale opera dovrà svolgersi.

Riferendoci alla notizia pubblicata nel numero scorso sotto il titolo «Gli odontoiatri milanesi per la guerra», dobbiamo osservare che il telegramma da noi riportato deve rettificarsi, nel senso che l'offerta era partita da un'Associazione di dentisti non laureati, dalle cui attribuzioni esulano le cure mediche in pro dei feriti alla bocca.

**La Croce Azzurra italiana per i quadrupedi dell'esercito.**

Il Ministero della guerra ha accettato l'offerta della Croce Azzurra, associazione costituita in Italia a somiglianza di quelle esistenti in Inghilterra, in Francia e nel Belgio, allo scopo di concorrere alla cura dei quadrupedi dell'esercito, particolarmente nei riguardi della convalescenza di quelli dimessi dalle infermerie di cavalli militari e di quelli da esaurimento per fatica. A presidente dell'Associazione è stato nominato il conte Felice Scheibler.

Al sorgere dell'Associazione ha contribuito la benemerita Società romana per la protezione degli animali e vi hanno aderito cospicue personalità sia italiane che estere. Al personale dell'Associazione, la quale si propone di concorrere in modo così proficuo alla conservazione ed all'utilizzazione del materiale equino di proprietà dello Stato e degli ufficiali, il Governo riconoscerà l'assimilazione a taluni gradi militari e quelle altre facilitazioni che siano nello spirito delle leggi e nell'interesse dello Stato.

**Come combattono i nostri nemici.**

Un comunicato del generale Cadorna informa che un areoplano nemico ha lanciate delle bombe sopra un treno sanitario in partenza dalla stazione di Cormons.

Si è avuto un solo ferito: il macchinista del treno; i danni al materiale furono lievi. Ma resta l'odiosità dell'atto barbarico.

A che vale la Convenzione di Ginevra, la quale sanzionò la immunità della Croce Rossa, se il nemico non porta nemmeno rispetto ai feriti?

* * *

Da un comunicato dell'«Agenzia Stefani» riportiamo il seguente brano:

«A meglio dimostrare quali metodi il nemico continui ad opporre al cavalleresco contegno del nostro esercito valga il seguente fatto:

Nella notte tra il 17 ed il 18 tre ufficiali medici uscirono dalle trincee nella regione di Plava con quattro portaferiti, ma si trovarono in breve accerchiati da pattuglie nemiche composte però in gran parte da personale di sanità.

I nostri e gli austriaci si accordarono di attendere alla cura dei rispettivi feriti senza reciproche molestie, ma due nostri portaferiti rientrarono nelle trincee per dare avviso di quanto era avvenuto. Non essendo poi tornati nè i tre ufficiali medici nè gli altri due portaferiti, venne inviato al nemico un parlamentario per ottenere la restituzione del personale sanitario arbitrariamente trattenuto.

Il parlamentario a tutto il 19 non era ancora tornato, mentre tornò nelle nostre linee il trombettiere che lo aveva accompagnato. Egli recava un biglietto scritto in tedesco, nel quale era detto che il parlamentario veniva trattenuto per aver fatto dei segnali verso di noi.

Venne risposto che nessuna intelligenza esisteva fra quel militare ed i nostri avamposti; ma fino al 20 corrente nè gli ufficiali medici nè i due portaferiti nè i parlamentari erano tornati.

Simili procedimenti vanno denunziati al mondo civile».

Un'ulteriore comunicazione dell'«Agenzia Stefani» dice:

«Un comunicato austriaco narra che, essendosi presentato sul fronte nemico un parlamentario italiano, questo fu trattenuto perchè privo di documenti.

La verità è che il nostro parlamentario si recò secondo l'uso di guerra, accompagnato da un trombettiere e con bandiera bianca, verso la linea austriaca, con lo scopo di reclamare la liberazione dei tre ufficiali medici i quali erano usciti dalle nostre posizioni la notte dal 17 al 18 corrente per soccorrere i feriti ed ingiustamente erano stati trattenuti dal nemico.

Contro ogni diritto, non soltanto non furono restituiti gli ufficiali medici, ma fu trattenuto anche il parlamentario, il quale era in piena regola.

Confermasi adunque che i metodi austriaci sono assolutamente contrarî ad ogni norma di civiltà e ad ogni spirito cavalleresco».

---

La penultima riga della notizia «Guido Baccelli per la guerra» pubblicata nel fascicolo scorso, deve dire «arti» al posto di «armi».

## Rassegna della stampa medica.

*Jahresk. f. ärztl. Fortb.*, magg. MARBURG: La neurologia in guerra. — WEYGANDT: La psichiatria in guerra.
*Wien. Klin. Woch.*, 13 magg. WALKO: Sul tifo ricorrente. — FUCHS: Ergotismo e tetania. — DAMASK: La determinazione dell'acido ossiproteinico nel carcinoma. — FICK: Sulla meccanica muscolare.
*The Journal A. M. A.*, 8 magg., MENDEL: Nutrizione e accrescimento. — MAUGES: Le suppurazioni non tubercolari del polmone. — PALMER e LEE SECOR: L'autosieroterapia nella pellagra. — POSEY: Alterazioni del campo visivo.
*Zbl. f. Chir.*, 15 magg. STRAUSS: Il Congresso chirurgico di Bruxelles.
*Zbl. f. inn. Med.*, 15 magg. LOEWY: Casistica sul nottambulismo.
*Derm. Woch.*, 15 magg. UNNA: La sostituzione dell'amido in dermatologia.
*Kl.-ther. Woch.*, 10-17 magg. DUTOIT: Le malattie delle capsule surrenali nella scarlattina.
*Gazz. d. Osp.*, 13 magg. BERTOLINI: Sulla terapia del tetano.
*La Presse Méd.*, 13 magg. VILLARET: Complicazioni addominali della febbre tifoide.
*Le Progrès Med.*, magg. LEBON: Localizzazione dei corpi estranei mediante i raggi X.
*Giorn. Intern. d. Sc. Med.*, 15 magg. SGOBBO: Servizio roentgenologico in guerra.
*Journ. d. Prat.*, 15 magg. BALLET: Amnesia ed epilessia.
*Brit. Med. Journ.*, 15 magg. LUNDIE e A.: La meningite cerebro-spinale. — CODD: Il trattamento dei tumori maligni coi raggi X.
*The Lancet*, 15 magg. PYBUS: Infezioni delle tonsille. — CALDWELL: Remozione di corpi estranei ai raggi X.
*Gazz. d. Osp.*, 16 magg. CARTA-MULAS: Cisti da echinococco del rene causa di aborti.
*The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, magg. BARTLET: Esclusione funzionale sperimentale dell'antro pilorico. — CHENEY: Cefalea gastrica. — RUHRAH: La «dalia» nelle infezioni. - HAWES: Tubercolosi dei vecchi. — NEWBURGH: La stricnina nello scompenso cardiaco.
*Allg. Wien. med. Zeitung*, 18 magg. ROSTENBERG: Lo stato attuale della terapia della sifilide.
*Pensiero Med.*, 16 mag. CEVIDALLI: Eugenica e codice. — PIETRI: Azione degli estratti di tessuti.
*Münch. Med. Woch.*, 18 mag. ROMBERG, SCHOTT: Malattie del cuore e dei vasi in guerra.
*Wien. Klin. Woch.*, 20 mag. DINNER: Ferita da arma da fuoco delle vie ottiche centrali. — MAREK: Sierodiagnosi pel tifo positiva nella dissenteria.
*Boll. d. Mal. dell'orecchio, ecc.* mag. ORLANDINI: Contributo all'esofagoscopia.
*Pathologica*, 15 mag. VOLPINO: Intorno al monofagismo. — MASTRINI: Particolarità strutturali dei vari segmenti cardiaci. — FAGIUOLI: Azione neutralizzante del siero sull'anafilatossina.
*La Clin. Ostetr.*, 15 mag. PENNATO: Pneumotorace terapeutico e maternità. — CAVINA: Azione abortiva degli estratti placentari.
*Paris Méd.*, 15 mag. Ambulanze e ospedali di guerra.
*Gazz. d. Osp.*, 20 mag. BERTOLINI: Terapia del tetano.
*La Rif. Med.*, 22 mag. LANZA: Esplorazione continuata del chimismo gastrico mediante il sondaggio a permanenza.
*Arch. f. Sch.- u. Tr.- Hyg.*, n. 10. CARDAMATIS: Storia del paludismo in Grecia.
*Zbl. f. inn. Med.*, 22 mag. PRIBAM: Il contenuto colesterinico del siero di sangue umano.
*Zbl. f. Chir.*, 22 mag. NEUFFER: Trattamento delle fratture in prossimità del ginocchio.
*Journ. d. Prat.*, 22 mag. BROCA: Setticemia gangrenosa.
*Pensiero Med.*, 23 mag. CEVIDALLI: Eugenica e codice. — DENTI: Lesioni dell'occhio.
*The Boston M. a. S. Journal*, 13 mag. DERBY: La cura dei feriti nella guerra europea. — SHERRIK: La cura Allen del diabete.
*Proc. R. Soc. of Med.*, apr. WRIGHT: Le infezioni delle ferite. — Discussione sull'anestesia. — Larga casistica.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. *Roma, 4 luglio 1915* Fasc. 27

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



*AVVISO AI NOSTRI SIGNORI ABBONATI:*

Per aderire a desideri espressici, abbiamo prorogato a tutto questo mese la facoltà di ottenere per sole

**Lire 2**

il nostro **PREMIO STRAORDINARIO**

Dott. G. MENDES
Capitano medico nel 2° Reggimento granatieri, già Aiuto negli Ospedali di Roma

**MANUALE di Medicina e Chirurgia di guerra.**

Coloro quindi che intendono profittarne, si affrettino a spedire cartolina vaglia da **Lire Due**, la quale dovrà essere indirizzata al **prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46 - Roma.**

Trascorso detto termine, il volume resterà in commercio al suo prezzo normale di **Lire Cinque.**

L'AMMINISTRAZIONE.

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

## Sull'aspirazione delle urine per via uretrale nella ritenzione acuta completa

per il dott. FINOCCHIARO DE MEO
docente di patologia chirurgica a Catania.

Conosciamo già abbastanza come gli eccessi, i raffreddamenti o il trattenersi a lungo per mingere può nei prostatici determinare in modo brusco la ritenzione acuta completa. Però non ogni ritenzionista di età avanzata è necessariamente un prostatico, e se anche è tale, non è escluso che possa essere contemporaneamente affetto da restringimento. Per conseguenza prima di intervenire con un cateterismo è cosa ben necessaria rendersi edotti della natura del canale secondo le norme volute.

Nei casi dove il restringimento trovasi accoppiato alla ipertrofia prostatica, vincere la ritenzione di urina e ristabilire la funzione della minzione non è cosa tanto agevole.

« Quelle que soit l'origine de la rétention il « faut toujours intervenir. Le moyen le plus « simple est le cathétérisme. En cas d'echec, on « aurait recours à la ponction hypogastrique ». Così si esprime Albarran, ed invero in questi casi la cura medica, i bagni, gli antispasmodici non riescono quasi mai ad un risultato sicuro e talora possono essere anche dannosi. Infatti non si può dire fino a quando si possa protrarre la

attesa prima di intervenire in una vescica affetta da ritenzione d'urina. La decisione dipenderà dal caso speciale, considerando non solo il tempo che dura la ritenzione, ma l'età del paziente, le forze, le condizioni generali, l'urgenza dei sintomi, il pericolo della rottura della vescica o dell'uretra, il pericolo della funzione renale.

Sappiamo come la ritenzione di urina è un sintoma comune di un gran numero di lesioni delle vie urinarie e come essa oltre ad essere stata oggetto di considerazioni importanti di patogenesi e di diagnosi non lo è stato di meno per quanto riguarda la cura. I trattati più recenti parlano di una sintomatologia dettagliata e, a secondo i casi, consigliano dettagliate indicazioni terapeutiche.

In genere si fa una distinzione netta per quel che riguarda l'intervento tra ritenzione di ristretti e ritenzione prostatica. Infatti nozioni ben conosciute di fisio-patologia indicano come l'evacuazione repentina della vescica nei prostatici può essere dannosissima, ciò che non è nei ristretti. Nei prostatici invero eseguito il cateterismo con una sonda molle, che grazie alla sua flessibilità può talora superare l'ostacolo o servendosi di strumenti curvi o gomitati se il caso lo richiede, si procede allo svuotamento della vescica con lentezza, senza pressione sulla regione ipogastrica, e non si tenterà mai di farla totale. Una evacuazione troppo rapida, oltre alle contrazioni dolorose che provoca, può dar luogo alla emorragia vescicale con tutte le sue conseguenze. I ristretti invece vengono trattati in altro modo. Se il canale ammette l'esploratore n. 6 od anche un numero inferiore non avendo uno strumento strumento canalizzato dello stesso calibro che serva a drenare la vescica distesa gli autori sono d'accordo a lasciare una minugia sottile a permanenza; lungo la quale l'orina filtrerà in modo continuo. Se questo non basta essi dicono, l'uretrotomia interna trova la sua indicazione d'urgenza e rimedia alla ritenzione ed alla sua causa. Quando questi metodi di evacuazione non riescono o non possono essere impiegati la vescica sarà vuotata con la puntura soprapubica assolutamente innocente se eseguita mercè strumenti appropriati.

Ora ammettendo l'importanza ed anche la necessità di ricorrere ad un'operazione non si deve ritenere che siano molti i casi nei quali essa si richiede. Anzi condivido l'opinione di alcuni autori i quali credono che si direbbe il vero ammettendo come l'operazione non è mai necessaria quando il paziente fu fin dal principio trattato da un chirurgo pratico e intelligente, e che la ritenzione può sempre essere rimediata entro un certo periodo di tempo, con misure più miti.

Sfortunatamente però non sempre si ricorre al chirurgo più competente e questo periodo passa o senza profittare o valendosene alla peggio.

Premesso ciò non mi è sembrato ozioso esporre un mio metodo di pronto intervento praticato più volte sopra individui con ritenzione completa. Con esso sono riuscito sempre a vuotare la vescica dal suo contenuto, senza ricorrere ed atti cruenti che, per quanto ritenuti innocui ponendosi nelle volute condizioni della chirurgia moderna, tuttavia non di rado sono causa di sgradite sorprese. D'altro canto l'intervento da me adoperato risponde perfettamente alle indicazioni volute poichè cerca di vincere la ritenzione di urina, ristabilendo nel tempo stesso la funzione senza alcun pericolo per il paziente.

Ecco l'istrumentazione necessaria e la tecnica a seguire. L'istrumentazione comprende due o tre minugie, una retta, una a baionetta, una ritorta; un cateterino ureterale n. 6 filiera Charrière a punta conica; una siringa vescicale di 30 cc. Janet. Le minugie siano resistenti, così pure il cateterino ureterale; ci si assicuri bene del buon funzionamento della siringa.

La tecnica è semplice. Disinfettata l'uretra con una soluzione boro-salicilica, disposto il paziente in posizione adatta ad ogni cateterismo e dopo essersi reso conto del canale e della presenza di un vero restringimento, fissando bene le dita nel solco balano-prepurziale si stirerà in alto il pene per rendere l'uretra tesa, rettilinea fin nella sua parte posteriore. Iniettando quindi uno schizzetto di olio sterilizzato si cercherà con la filiforme a baionetta di cateterizzare il restringimento. Il passaggio di una filiforme non è sempre cosa abbastanza facile, ma con questo non si vuol negare che l'abilità, la delicatezza e la perseveranza della mano, possano trionfare spesse volte di uno stringimento ostinato, dove riuscirono inutili altre mani meno abili. Nè bisogna dimenticare, che quanto più il chirurgo ha confidenza nei suoi strumenti tanto più facilmente riuscirà nell'intento.

Dobbiamo ammettere dunque che quando vi siano le debite condizioni, gli esempi di sconfitta sono rari. Se la filiforme non supera l'ostacolo si tenterà di fare un cateterismo a fascio con le altre due e non di rado si riesce ad ottenere quella sensazione di libertà completa che ci indica la penetrazione in vescica dello strumento. Ma la minugia ottura completamente il punto ristretto ed il malato sul momento non ottiene alcun sollievo per l'operazione fatta mentre dal lato chirurgico è una vittoria indiscutibile.

Infatti la filiforme non tarderà col suo contatto a rammollire l'ostacolo uretrale, e nel caso mio quel tanto che basta viene raggiunto tutt'al più in 30 minuti. Solo dopo una mezz'ora passo all'introduzione successiva del cateterino ureterale.

Faccio scorrere il catetere lateralmente alla minugia e tosto che ottengo una sensazione precisa dell'impegno di esso nel punto ristretto, tento la doppia manovra di estrazione della filiforme per lasciar procedere con facilità il piccolo nuovo strumento.

Con il tatto dovuto e una certa esperienza nella manovra si riesce benissimo a mettere in posto lo strumento canalizzato, essendo rari i casi di sconfitta.

Si introdurrà il catetere fino al punto precedentemente segnato (centimetri 40) poichè è ben difficile che si avveri subito per lo stretto calibro la fuoruscita di qualche goccia di urina che possa indicare l'arrivo del catetere in vescica.

Allora innestando la siringa dello Janet a stantuffo abbassato, la quale per la sua punta si salda benissimo all'apertura imbutiforme del catetere, si comincerà ad aspirare con forza. La siringa si vedrà tosto lentamente riempirsi di urina. In genere basta estrarre 50 cmc. di urina per sollevare l'infermo, e far cedere gli spasmi violenti della vescica che la ritenzione acuta ebbe a produrre.

Si lega in posto il piccolo catetere e si fa pescare in un pappagallo. Il cateterino continuerà da solo a svuotare con lentezza la vescica impiegando un tempo lungo ma necessario ad evitare tutte le possibili complicazioni temute in questi casi.

Il piccolo cateterino ha veramente tutti i requisiti richiesti alla riuscita dell'operazione e non è stato scelto a caso. Nessun altro strumento canalizzato è più resistente nelle sue pareti e flessibile nel tempo stesso, qualità necessarie per l'aspirazione delle urine.

La punta conico olivare, la levigatezza e l'essere munito di 2 piccoli occhielli agevola le manovre necessarie all'attuazione dell'intervento e finalmente esso riesce a vuotare le vescica in maniera lenta e sicura, condizione richiesta nei ritenzionisti da ipertrofia prostatica.

L'aspirazione parziale fatta rapidamente pone fine come per incanto all'angoscia vescicale, agli sforzi di espulsione ripetuta, all'ansia terribile del povero paziente, ridonando presto la calma ed il benessere generale. Vinta così la ritenzione si procederà poi nella cura voluta. Questa maniera di intervento più difficile a descriversi che ad essere eseguita ci è servita con ottimi risultati in parecchi casi e senza aver dovuto deplorare il più piccolo inconveniente.

Gennaio, 1915.

# RIVISTE SINTETICHE.

## II.

### Moderne vedute sulla terapia della colelitiasi.

La cura della calcolosi epatica ha da tempo avuto di mira due scopi principali: modificare lo stato di predisposizione o il *terreno morboso*, sovvenire il malato nelle *conseguenze dirette*, sintomatiche o funzionali, nelle *complicanze*, alle quali dà luogo la peculiare localizzazione o la migrazione del calcolo.

Le direttive della terapia però, guidate dalle conoscenze etiologiche e patogenetiche, hanno subìto non pochi mutamenti radicali, seguendone, nel tempo, le sorti.

La teoria del *braditrofismo*, o del ritardato ricambio del Bouchard, collocava il calcoloso tra gl'individui malati per diminuite ossidazioni, e lo assoggettava a quelle privazioni dietetiche a quella ginnastica ed igiene medica, che si ritenevano capaci di facilitare le ossidazioni.

La *teoria infettiva* o del *catarro litogeno*, che fece perdere di vista il terreno morboso, usava solo i mezzi (colagoghi, disinfettanti, ginnastica) utili per fluidificare la bile e renderne facile il deflusso ed eventualmente per disinfettare, specie nei periodi critici (tifo, gravidanza, ad es.) il contenuto delle vie biliari.

Dinanzi al *calcolo formato* in passato s'è tentata sempre la tolleranza della cistifellea, sperando nella migrazione del calcolo; rari gl'interventi chirurgici, se non erano indicati dalla suppurazione; molti medici usavano con devota costanza i cosidetti *solventi dei calcoli biliari* (il vecchio rimedio del Durande: una parte di essenza di trementina e tre di etere).

Dopo molti anni di esperienza clinica e di ricerche di laboratorio, le rinnovate cognizioni sulla patogenesi dei calcoli, alle quali medici, chirurgi, fisiologi hanno contribuito, dànno un indirizzo razionale, se pure ancora incompleto nei suoi particolari: con i lavori di Aschoff, di Bacmeister, di Riedel, di Chauffard e della sua scuola è risuscitata l'importanza del terreno morboso, nel quale il calcolo si forma; non più esso è considerato l'equivalente d'un ritardato ricambio, *ma di una produzione anomala di colesterina*, di una deviata o mancata trasformazione della colesterina del sangue, per opera della cellula epatica, allo scopo deputata; ma questa rinnovata interpetrazione del terreno morboso, senza annullare il valore del *catarro litogeno* ne limita solo la portata: anche l'*infezione* è capace di determinare le condizioni atte per sè a far precipitare gli elementi costitutivi del calcolo, ma più spesso essa si aggiunge per

sovrapporre nuovi strati al nucleo colesterinico primitivo discrasico; *il calcolo colesterinico, il calcolo di sali biliari, il calcolo misto* traggono così la loro origine da elementi diversi, che sempre presenti devono essere alla mente del medico, se la terapia vuole essere razionale e completa: non si può più mirare solo a combattere il *terreno*, ma talora è necessario cercare l'*antisepsi delle vie biliari*, facilitare, per le vie naturali, il *deflusso della bile*. Per modificare il *terreno morboso*, si regola l'*alimentazione*; essa è capace di mutare il contenuto colesterinico del sangue e della bile; e come per il diabetico e per il gottoso rispettivamente il tenore in idrati di carbonio ed in purine è la guida per l'indicazione o la controindicazione dell'alimento, così il *tenore in colesterina* diviene la guida nell'alimentazione del calcoloso.

I *grassi* e le *uova* sono alimenti in generale mal tollerati dai calcolosi; questo vecchio insegnamento clinico trova conforto nell'analisi chimica: essi sono ricchi in contenuto colesterinico e sono da proscrivere. Così come i grassi e le uova, sono da proscrivere il *cervello*, il *fegato*, i *reni*, le *animelle*, le *uova*, il *burro cotto*: tutti questi alimenti apportano colesterina non solo ma agiscono (Chauffard) come stimolo ormonico alla produzione surrenale di colesterina; se la cellula epatica è o diviene temporaneamente inadatta a trasformare la colesterina in acidi biliari (*insufficienza colaligena*), eccederà la colesterina nella bile e si avrà il calcolo.

Sono invece cibi da concedersi il *latte scremato*, per il suo scarso contenuto in grassi, per la sua facile digeribilità, per la minima tossicità; i *cereali*, i *legumi* in quantità non eccessiva, la *carne sgrassata*, le *frutta crude* o meglio *cotte*.

Il pasto ideale del calcoloso dovrebbe essere formato da *carne sgrassata*, da *cereali*, da *verdure*, da *qualche leguminosa*, da *latte scremato*, da *frutta*. Quello che è davvero interessante nel considerare questa nota dei cibi o permessi o negati è la coincidenza con i vecchi dettami della clinica, che della maggior parte di essi aveva fatto giustizia, giudicando con l'osservazione immediata e a lunga scadenza nei litiasici.

I cibi devono essere somministrati in piccole quantità e spesso (4-5 volte nelle 24 ore) così da evitare il *surmenage epatico* e i disturbi digestivi.

Con la cura dietetica, la *terapia delle acque alcaline* e leggermente purgative, ha avuto sempre grande valore; lo Chauffard invero trova che esse sono atte *a diminuire la colesterinemia*; inoltre rendono fluida la bile, ne eccitano la secrezione e l'eliminazione, costituiscono un buon mezzo per agire sul terreno morboso.

L'*antisepsi epatica*, in questi ultimi tempi ha acquistato il valore di un mezzo preventivo oltre che curativo: quando con opportuni mezzi si possa evitare l'infezione o si risparmia una causa litogena o si previene una complicazione, che sempre aggrava e talora di molto, la figura della malattia. Due mezzi servono allo scopo: i *disinfettanti intestinali* ed i *disinfettanti epatici* veri e propri.

I primi hanno di mira il contenuto duodenale; se esso sarà privo di germi, si eviterà l'infezione ascendente; sebbene si tratti della prima porzione dell'intestino e si usino rimedi i quali si scindono proprio nel duodeno (salolo = fenolo + acido salicilico; benzonaftolo = acido-benzoico + naftolo, ecc.), il mezzo s'è dimostrato insufficiente a rendere sterile il tratto intestinale, e forse, se lo scopo fosse raggiunto, l'effetto ultimo riuscirebbe dannoso; non basta; da qualche tempo lo studio clinico e sperimentale ha dimostrato che la glandula epatica è una delle vie di eliminazione dei germi patogeni (tifo, paratifo, ecc.), e che quindi l'infezione della bile, il catarro litogeno, la complicanza di esso sul terreno morboso litogeno, può avvenire e forse avviene più frequentemente *per via discendente*. Non più quindi utile riesce l'uso dei medicamenti che sterilizzino l'intestino; sono da preferirsi quelli che, introdotti nell'organismo, riassorbiti o eliminati per le vie epatiche, esercitano azione disinfettante, tra di essi il primo posto spetta all'*urotropina* e al *salicilato di sodio*: l'urotropina riassorbita si elimina, sviluppando formaldeide, per l'urina e per la bile, i risultati di esperienze sugli animali, le hanno conferito potere disinfettante, confermato anche nell'uomo (con fistola biliare infetta): il salicilato eliminandosi in parte per le vie biliari, esercita modica azione antisettica, ma forse più importante azione colagoga: secondo Stadelmann, Pfaff, Chauffard, è il colagogo più innocuo e forse più efficace. Si possono, l'urotropina e il salicilato, utilmente associare, così da raggiungere lo scopo di rendere facile il deflusso e contemporaneamente tentare di rendere innocui i germi. Questa terapia antisettica trova la sua indicazione come profilattica, in alcune particolari condizioni, come l'*infezione tifica*, la *gravidanza*, che si sono dimostrati per caratteri comuni (colesterinemia) cause di massima predisposizione alla litiasi.

*
* *

Costituitosi, il calcolo può rimanere e per lungo tempo allo stato di latenza. L'opera del medico è però richiesta e d'urgenza non appena scoppia la *crisi dolorosa*. *Il caldo* (sotto forma

di compresse, di bottiglia di acqua calda, ecc.) è il rimedio migliore e più innocuo per attenuare il dolore locale e dare tregua al malato: nelle coliche vescicolari, può spesso bastare, accanto alla somministrazione per bocca di 15-20 goccie di *laudano o di tintura d'oppio*.

Se il dolore è grave e continuo, e il vomito è cessato, si può somministrare una pozione con 2-3 gr. di *idrato di cloralio*, o se v'è vomito infrenabile, ricorrere al clistere con 3-4 grammi di idrato di cloralio: il *riposo assoluto* a letto è di rigore.

*L'iniezione di morfina*, o di *eroina* (da 1/2 a 1 cgr.) è il rimedio sovrano, ad essa è necessario ricorrere nella colica epatica grave; è arma però di cui non bisogna abusare, specie quando le crisi dolorose si ripetano a breve scadenza, o quando permangano dolori continui sulla regione, o quando sopravvenga il grave stato di coliche ripetute (stato biliare): non è raro incontrarsi in calcolosi che, per facili concessioni da parte del medico, siano divenuti dei morfinomani.

Se invece che dinanzi al dolore critico, il medico si trovi a dover curare il *dolore vescicolare permanente*, il riposo a letto e la vescica di ghiaccio sono i due mezzi per raggiungere l'indicazione: *quieta non movere*.

Se a nostra disposizione fossero dei veri solventi dei calcoli, sarebbe questo il momento opportuno per il loro uso: ma il più noto dei solventi dei calcoli (la vecchia mistura di Durande), non corrisponde allo scopo: le tracce di trementina, che si eliminano per le vie biliari, non spiegano, e non potrebbero farlo, una simile radicale azione; se talora il rimedio si mostra utile, s'è forse perchè l'essenza di trementina può modificare lo stato catarrale delle vie biliari, che tanto spesso si associa alla presenza del calcolo.

Ma quando sopravviene il *periodo di tregua*, l'opera del medico non è finita: si tratta di *modicare lo stato della bile*, di somministrare un *antisettico* (per evitare eventuali infezioni) possibilmente *un analgesico che attenui* i dolori residui: il salicilato di sodio (2 gr. pro die con 2 gr. di Benzoato sodico), la *aspirina* gr. 1.50 pro die, il *salofene* alle stesse dosi, rispondono allo scopo riuniti; noi in generale ci serviamo di una cura alternata di *salicilici* e di *urotropina* che prolunghiamo, data la loro innocuità, per qualche mese.

*L'olio d'ulivo* ha fama di buon colagogo alla dose di 100-200 gr. pro die, al mattino; esso spesso provoca il disgusto dei malati; può essere sostituito dall'acido oleico puro (0.50 gr. al mattino); la *glicerina* da alcuni consigliata al posto dell'olio non risponde allo scopo; il *fiele di bue*, spesso provoca dolori enterici. L'olio d'ulivo, quando sia sopportato, è preferibile: bisogna ricordare che, durante la sua somministrazione, si può assistere alla eliminazione di grosse pallottole di grasso intensamente colorate dalla bile, che potrebbero ad un esame superficiale essere confusi con calcoli. L'olio d'ulivo qualche volta, specie nelle coliche vescicolari, è capace di provocare nuove coliche, e va usato quindi con prudenza e con discernimento.

Nei periodi intercalari l'uso *delle acque alcaline* o leggermente purgative, si propongono uno scopo più preciso (eccito-motore) e modesto, che non quale un tempo era ritenuta (eliminazione dei calcoli). Esse sono indicate nelle litiasi iniziali, purchè sia passato un certo tempo (2 mesi) dall'ultima colica, specialmente indicate se si tratti di obesi, di mangiatori con fegato grosso, di calcolosi operati, di individui abituati a vita sedentanea.

Se le crisi si ripetono a *breve scadenza*, con grave danno della quiete e della nutrizione del malato, bisogna imporre il riposo assoluto, la dieta lattea (latte scremato), concedendo a grado a grado zuccheri, semolini, purée, frutta cotte, pollo, col progressivo miglioramento: talora alle concessioni alimentari bisogna giungere a malgrado che le coliche continuino, poichè la stretta dieta può portare ad una vera *inanizione* che renderebbe poi difficile o pericoloso un eventuale intervento operativo.

Nei periodi intercalari le prescrizioni dietetiche, quali abbiamo esposto, devono essere conservate, come per la profilassi della calcolosi.

*L'infezione*, che complica la calcolosi, può mantenersi di lieve entità *catarrale*, ed essere passibile di una cura medica: riposo, disinfettanti biliari, colagoghi, e tra questi utilissimo il calomelano (0.30 + 0.40 di lattosio a giorni alterni); se l'infezione è grave può essere passibile di indicazione operativa.

*Indicazioni operative*:

In tre casi, in tre grandi categorie di malati, nella loro mutevolezza, può il medico intravedere l'obbligo all'intervento chirurgico: quando si tratti di *dolori continui*, coliche ripetute con compromissione dello stato generale, quando l'*infezione* sia sopravvenuta, quando il *coledoco sia obliterato*.

Una prima colica, ripetute coliche distanziate, che lascino, nei periodi di tregua, integro lo stato di salute, non sono indicazioni ad un atto operativo: in molti casi dopo una o più coliche si stabilisce uno stato di tolleranza, che può considerarsi come una guarigione clinica del

malato; in altri il calcolo trova la sua via di uscita o per mezzo delle vie biliari o per mezzo d'una perforazione (cistocolica p. es.); non basta; l'atto operativo, di compiacenza, non risolve definitivamente il problema della calcolosi, e, asportata la cistifellea, un nuovo calcolo di colesterina si può formare nelle vie biliari; a tali considerazioni si aggiungono gl'inevitabili pericoli e complicanze operatorie, la eventuale formazione di fistole biliari che solo dopo lungo tempo giungono a guarigione, le pseudocoliche da aderenze che non raramente, con stati gastrici penosi, seguono agli atti operativi. La *indicazione operativa non può adunque essere fornita dalla sola insorgenza di una o di più coliche per sè.*

Nei casi invece in cui il decorso è insolitamente doloroso e protratto, con decadenza notevole delle forze, a malgrado delle cure mediche più diligenti, l'intervento operatorio (colecistectomia) s'impone per liberare il malato dal grave stato di sofferenza. La colicistostomia per le fistole biliari, la colecistendesi, per le frequenti recidive, sono ormai da rifiutare. Le obbiezioni alla colecistectomia sono più teoriche che di un valore pratico; la mortalità è minima (1-2 % nelle mani di abile chirurgo) la soppressione della vescica biliare non importa sensibile disturbo nel meccanismo dell'escrezione biliare.

*Se il dotto cistico è occluso,* l'idrope della cistifellea è costituito, il dolore colico è cessato, e permane stato doloroso sopportabile, è indicato l'atto operativo? Le condizioni attuali del malato non rendono certo necessario l'atto operativo; le previsioni per l'avvenire, in alcuni casi, sono contrarie all'operazione: talora il tumore cistico si riduce e una colecistite sclero-atrofizzante si sostituisce all'idrope; il malato invecchiando non ha più dolori e le sue coliche sono un ricordo; però la cistifellea può divenire, più di frequente che non nel normale, la sede d'insorgenza d'un tumore epiteliale, che comprometterà la vita del malato: quando il tumore cistico persista dolente per lungo tempo, è opportuno eliminarlo (colecistecomia) con intervento che, come abbiamo visto, è presso che innocuo. Se è sopravvenuta la forma sclero-atrofica, è opportuno istituire una cura medica che produca la tolleranza vescicolare. Kehr fa dipendere il criterio di condotta dai resultati della seguente prova: durante qualche giorno somministra al malato una serie di purganti oleosi (olio di ricino): se la sensibilità vescicolare scompare, si continua nella cura medica; se invece il dolore vescicolare persiste, procede all'estirpazione della cistifellea.

*Suppurazione*: può essere della sola cistifellea, di tutte le vie biliari, semplice, complicata ad ascesso: è il dominio questo del chirurgo, e l'attesa può essere colpevole per danni irreparabili (perforazioni, peritonite, formazione di ascessi). Nell'*empiema* della cistifellea, la condotta del chirurgo è variabile a seconda delle condizioni del malato: la colecistectomia è di raro possibile; in generale è necessario ricorrere alla fissazione della cistifellea alla parete, alle colecistostomia, alla formazione della fistola biliare; operazione che può farsi in uno o in due tempi. Se però la cistifellea è facilmente isolabile per scarse aderenze, il chirurgo può procedere alla estirpazione in un tempo, all'operazione che idealmente ripara ai gravi e minacciosi pericoli.

Se l'*infezione si estende alle vie biliari*, e la diagnosi è sicura per una sintomatologià che non lascia dubbî, l'intervento s'impone; si potrebbe perdere tempo prezioso e lasciar sfuggire il momento dell'intervento opportuno: non più l'asportazione dei calcoli deve preoccupare il chirurgo ma il *drenaggio delle vie biliari*, che faciliti, il deflusso della bile infetta: in secondo tempo si potrà pensare all'eliminazione dei calcoli: la colecistostomia, la cisticotomia e il drenaggio dell'epatico, o la coledocotomia e successivo drenaggio, saranno gl'interventi che caso per caso diverranno necessarî. Gli ascessi che segnano all'angiocolecistite suppurata sono d'ordinario multipli: l'atto operativo in tali casi può essere inutile, solo indicato nettamente quando la diagnosi clinica propenda per l'unicità della raccolta purulenta.

Se la chiusura del cistico è problema che può lasciare il dubbio nell'animo del medico, senza che un vero immediato danno venga al malato, ben più grave problema è la chiusura del *coledoco* da calcolo incuneato: nell'occlusione acuta tutti sono d'accordo nel sostenere la *attesa;* a meno che fenomeni sicuri d'infezione delle vie biliari non trasformino l'indicazione in vitale.

*L'attesa è necessaria,* perchè non raramente il calcolo per le vie naturali può essere eliminato, quando scomparso il periodo di irritazione, la mucosa si detumefà e la via di liberazione diviene pervia: o talora una fistola naturale coledoco-duodenale si costituisce a liberare dal calcolo le vie biliari. Quanto deve durare l'attesa? Non si può stabilire un tempo fisso: sono le condizioni del malato, i segni della funzionalità epatica, le condizioni del rene che dettano la via da seguire: non l'ittero ma l'*insufficienza epatica,* anche se appena accennata, *è il segno decisivo,* in ogni caso per un interven-

to, che non soffre indugi; quando le condizioni del malato siano buone si può attendere 6-8 settimane; in un nostro malato dopo circa 80 giorni con la cura medica ordinaria potemmo aver ragione d'una ostruzione calcolosa del coledoco.

E l'attesa d'altronde è tanto più giustificata, in quanto che gl'interventi sul coledoco dal più comune ai più complicati (coledocotomia-coledoco-duodenostomia, coledocotomia transduodenale), son tutti interventi lunghi, indaginosi, difficili, che richiedono capacità tecnica ed abilità chirurgica non comune. Asportato il calcolo, in genere segue il drenaggio delle vie biliari.

Lasciando quanto riguarda il trattamento dei postumi operatorî (cura delle fistole biliari, quando essa per sè non ha tendenza a chiudersi) e le complicanze locali, o le frequenti complicanze pleuro-polmonari, il compito del medico non è finito dinanzi al malato operato: dopo gl'interventi chirurgici per calcolosi delle vie biliari *possono persistere le crisi dolorose*, persiste sempre il *terreno* o si possono ripetere le *condizioni che hanno determinato la formazione del calcolo*.

Le crisi dolorose possono persistere per difetto dell'operazione (qualche calcolo rimasto nelle vie biliari), perchè si è riformato un calcolo (specie dopo le colicistostomie), per complicanze dovute all'operazione (ernie, colecistiti croniche, aderenze); una diagnosi esatta condurrà ai tentativi di cure mediche, o talora, con buoni resultati, ad operazioni più radicali e complete.

Il *terreno* rimane sempre:

« La chirurgia può guarire il malato, ma non guarisce la malattia » (Chauffard); le stesse direttive di regime e d'igiene generale devono dunque essere continuate dopo come prima dell'operazione. Anche quando la cistifellea sia asportata, anche quando l'ostruzione calcolosa sia eliminata, *il litiasico rimane sempre un disepatico, un individuo cioè di cui la cellula epatica non è normale e chiede di essere governata per l'avvenire.*

T. PONTANO.

---

Il fascicolo di giugno della nostra Sezione chirurgica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. F. BONOLA. *La corea di Sydenham malattia organica.*
2. Dott. F. ALZONA. *Della paralisi periferica dell'ipoglosso.*
3. Dott. L. MURATORI. *Costa cervicale pseudo-sopranumeraria bilaterale. Ipoplasia unilaterale a tipo radicolare, di alcuni gruppi muscolari del cinto scapolare destro.*

# MEDICINA DI GUERRA.

**Istituto di Elettroterapia e radiologia medica della R. Università di Roma**
diretto dal prof. FRANCESCO GHILARDUCCI.

## L'automobile radiologico nei servizi in guerra

per il prof. FRANCESCO GHILARDUCCI.

La somma importanza dell'indagine radiologica nella chirurgia di guerra è riconosciuta universalmente; ma perchè questo prezioso mezzo di diagnosi dia i suoi frutti è necessaria non solo una sorgente di elettricità che possa eccitare l'ampolla Roentgen, ma anche una quantità di accessori senza i quali l'esame radiologico fallisce spesso al suo scopo.

L'ideale di una istallazione radiologica in guerra è quello che può fornire all'operatore i mezzi di diagnosi più esatti, quali possono ottenersi in un ospedale fisso od in una clinica. Lo scopo è stato raggiunto perfettamente colle automobili radiologiche, ormai in uso nelle armate estere, specialmente in Francia dove rendono ottimi servigi. Giova riassumere brevemente quanto si è fatto in Italia a questo riguardo, che in verità è assai poco.

La Società Lombarda di scienze mediche e biologiche nella seduta del 1° febrbaio per iniziativa del prof. Perussia trattò l'importante argomento ed approvò all'unanimità un ordine del giorno nel quale condividendo pienamente le idee espresse dal prof. Perussia (1) fece voto perchè le autorità competenti prendessero in seria considerazione la sua proposta di dotare il nostro Esercito e la Croce Rossa di automobili radiologiche.

In seguito a questo voto il colonnello Bassi, presidente del Comitato regionale lombardo della Croce Rossa italiana, in una sua visita alle organizzazioni sanitarie militari della Francia si convinse *de visu* degli importanti servigi che rendono in parecchi di quegli ospedali da campo improvvisati le automobili radiologiche, decise senz'altro la costruzione per la Croce Rossa italiana di una di tali unità, che è stata ultimata e consegnata in questi giorni. Altre tre automobili radiologiche sempre per la Croce Rossa sono attualmente in costruzione con fondi raccolti per pubblica sottoscrizione ad iniziativa dell'associazione dei medici torinesi. Per mio conto nelle conferenze tenute all'Istituto d'igiene sullo scorcio del mese di aprile ed in un promemoria inviato all'Ispettorato di sanità militare io dimo-

(1) V. il lavoro del prof. PERUSSIA. *Sui servizi radiologici da campo.* La Radiologia Medica, gennaio 1915.

strai i preziosi vantaggi dell'automobile radiologica, anzi la sua imprescindibile necessità, quando l'indagine radiologica debba servire di preludio ad atti operativi gravi, ove quindi occora una riagnosi rapida, precisa e completa. E poichè per la qualità delle armi e le modalità della guerra moderna è ormai ammessa in molti casi la necessità d'interventi operativi precoci, è chiaro la somma utilità di avere un impianto radiologico mobilissimo che possa funzionare anche nelle formazioni sanitarie improvvisate come gli ospedali da campo e le sezioni di sanità.

L'indagine radiologica in questi casi non solo darà indicazione precisa sulla entità delle lesioni e sulla sede dei proiettili fornendo al chirurgo una guida preziosa sulle modalità dell'intervento operativo, ma offrirà elementi di giudizio sulla opportunità dell'intervento immediato, problema questo sommamente delicato e difficile sul quale s'impernia in gran parte la chirurgia di guerra nelle formazioni sanitarie avanzate.

L'attuale impianto radiologico da campo in uso nel nostro esercito presenta senza dubbio grandi vantaggi ed il generale medico Ferrero di Cavallerleone è benemerito per averlo ideato e per averne dotato il nostro esercito: ottimo per gli usi correnti della radiologia da guerra, non ha tuttavia, nè la potenzialità, nè gli accessori indispensabili per le diagnosi più esatte e delicate che si richiedono come fondamento ad interventi operativi gravi.

L'automobile non solo può trasportare agevolmente tutti gli accessori indispensabili per una diagnosi radiologica difficile, ma il suo motore ha forza in esuberanza per animare una dinamo potente in grado di fornire corrente per radiografie istantanee e per la radioscopia di organi profondi.

La utilità delle pose istantanee e rapidissime è intuitiva, non solo per i resultati più esatti in casi specialmente di lesioni viscerali, ma per la grande economia di tempo.

Quanto alla radioscopia è noto come essa vada sempre più sostituendosi alla radiografia nella pratica radiologica civile.

In realtà questo metodo di radiodiagnostica non solo è il più rapido ed economico, ma è fecondo di nozioni utilissime che non possono ottenersi coi procedimenti radiografici. Esso permette inoltre un rapido orientamento sulla entità e sulla sede della lesione, indicando la regione più interessante da sottoporre eventualmente alla radiografia, risparmiando tentativi inutili e ripetizioni di prove radiografiche.

A maggior ragione la radioscopia dovrebbe essere il metodo preferite nella radiologia in guerra per la somma urgenza e per la quantità del lavoro richiesto al radiologo.

Ma perchè la radioscopia dia i suoi frutti è necessario un apparecchio di tale potenzialità da poter eccitare anche ampolle di grande durezza quali si richiedono per l'esame di organi profondi. È particolarmente per questo scopo che l'apparecchio in uso nel nostro esercito appare insufficiente.

Sono inoltre indispensabili alcuni accessori, senza i quali pure un apparecchio potentissimo darebbe resultati di gran lunga inferiori ad un apparecchio più modesto. Occorrono stativi che permettano l'esame del ferito in posizione supina (trocoscopi) ed in piedi, muniti di diaframmi ad iride di facile manovra, di congegni per riconoscere la direzione del raggio perpendicolare, senza di che ci si espone ad errori considerevoli nell'apprezzare la vera sede del proiettile. È anche indispensabile avere a portata di mano un quadro di manovra su tavolo scorrevole, onde regolare a volontà l'intensità della corrente secondo le esigenze dell'esame.

L'ambiente dove si esegue la radioscopia deve essere perfettamente oscuro. L'uso del crittoscopio a soffietto presenta non pochi incovenienti. Si sa che per sensibilizzare la retina occorre rimanere nell'oscurità completa alcuni minuti. Inoltre col crittoscopio non si può riprodurre un disegno della lesione, come si usa spesso nella pratica civile; sopra un foglio di carta trasparente applicato sullo schermo si traccia rapidamente uno schizzo della lesione, che servirà poi di guida al chirurgo: questo metodo è di uso corrente nella clinica del Rieder a Monaco: lo adopro io stesso nel mio Istituto al Policlinico e permette economia di tempo e di materiale.

È adunque indispensabile avere sull'automobile una tenda nera per le ricerche radioscopiche e radiografiche da montarsi in campagna.

La camera per lo sviluppo delle lastre molto opportunamente dev'essere sull'automobile stessa. Da un serbatoio sul tetto dell'automobile si può avere comodamente nella camera oscura l'acqua necessaria al lavaggio delle lastre e alla pulizia delle mani: una scrupolosa nettezza è indispensabile, specialmente per il maneggio degli schermi di rinforzo, che si macchiano e si rendono quindi inservibili con la massima facilità. Su piccole mensole si disporranno comodamente tutti gli accessori per la radiografia, bacinelle, chassis, schermi di rinforzo, reagenti, ecc.; si avrà così a portata di mano tutto l'occorrente con economia di tempo e di materiale.

Un problema del più alto interesse è quello che concerne il tipo di apparecchio destinato ad animare le ampolle.

Nella radiologia civile va sempre più diffondendosi ed a ragione l'uso degli impianti a contatti girevoli. Pregio principale di tali apparecchi è la soppressione delle correnti inverse, così dannose per le ampolle, la mancanza d'interruttore (organo delicato che richiede cura e sorveglianza continua) ed una grande facilità e semplicità di manovra.

L'obiezione che si fa a questo tipo di apparecchio è il loro eccessivo volume. Ciò ne ha reso l'uso poco comune per la radiologia da campo. Per quanto io so un apparecchio di questo genere all'estero è stato adottato solo dalla Croce Rossa austriaca. Mi consta che le automobili costruite dalla Ditta Balzarini di Milano per la Croce Rossa alle quali ho accennato in principio hanno l'apparecchio a contatti girevoli (sistema Dessauer).

Se si è potuto ovviare all'inconveniente lamentato, rendendo l'apparecchio maneggevole; questo tipo per le ragioni addotte rappresenterebbe l'ideale per la radiologia da campo.

Un altro tipo che merita a mio credere molta considerazione è quello a corrente alternata con motore interruttore sincrono.

Il rocchetto potrebbe essere assicurato posteriormente e superiormente al tavolo di manovra, tutto l'impianto potrebbe essere disceso quasi istantaneamente dall'automobile facendo scorrere il tavolino su un piccolo binario fissato sul predellino dell'automobile.

Apparecchi di questo genere sono assai diffusi nella pratica radiologica specialmente per le applicazioni al domicilio del malato: sono assai potenti (25-30 MA. al secondario con un tubo semi molle); sono molto semplici e maneggevoli e quindi sotto ogni rapporto bene adatti allo scopo.

Vi sono infine gli apparecchi a corrente continua. Una buona bobina animata da una dinamo potente (60-70 Ampères con una tensione di 110 Volts) con un interruttore Wehnelt ad una o più punte permette qualsiasi operazione radiologica. Una dinamo di tale potenza sarebbe evidentemente troppo ingombrante. Con una dinamo di 20-25 Amperes si possono avere delle ottime radiografie del torace in uno o due secondi, ed anche in frazioni di secondo, il che è sufficiente al nostro scopo.

Per il maneggio di questi apparecchi è necessaria maggior perizia da parte dell'operatore e sono indispensabili alcuni accessori per dominare le correnti inverse (almeno due tubi valvola ed uno spinterometro): utilissimo è anche l'interruttore a mercurio (che non manca mai oltre il Wehnelt negli impianti fissi) da usare per la radioscopia, e ciò allo scopo di risparmiare le ampolle. Come si vede, questo tipo di apparecchio è il più complicato; tuttavia esso a quanto io so è quello adottato per l'esercito francese.

Le considerazioni che ho esposto hanno solo il valore di presunzioni teoriche: io penso che sia da far tesoro dell'esperienza fatta dagli altri e non è questo il momento d'intraprendere nuovi studi. La cosa più urgente è che il Governo si convinca della somma utilità di dotare il nostro esercito delle automobili radiologiche, affinchè la nostra organizzazione radiologica in guerra non stia al disotto di quelle estere (1).

La spesa non è eccessiva, tenuto conto che le automobili possono essere fornite dal Genio militare; la spesa occorrente per ridurle a scopo radiologico non supera le L. 10,000 (tutto compreso); fornendo un'automobile radiologica per ognuno dei nostri 14 Corpi di armata si avrebbe un totale di L. 140,000: somma ben meschina compensata ad esuberanza dai benefizi anche di ordine finanziario. Un'operazione ben fatta ed a tempo (e ad un'operazione ben fatta è preludio indispensabile un'esatta diagnosi) può trasformare un ferito grave in un uomo nuovamente valido, risparmiando inoltre al Governo l'onere di lunghe degenze e di pensioni.

L'automobile radiologica dovrebbe essere diretta da specialisti provetti: in Francia esse sono affidate a maggiori medici della territoriale e della riserva tutti ben noti nel campo radiologico. Esse dovrebbero prestare la loro opera in casi di difficile diagnosi, dove urgono interventi operativi gravissimi, quindi specialmente negli ospedali da campo: l'apparecchio portatile del Cavallerleone continuerebbe a prestare i suoi ottimi servigi per gli usi correnti della radiologia in guerra.

Come ho già accennato le automobili radiologiche si sono dimostrate utilissime specialmente nell'esercito francese: è da augurarsi che il nostro Governo le adotti senza indugio.

I feriti hanno diritto ad usufruire nei limiti del possibile di tutte quelle risorse dell'assistenza sanitaria ritenute ormai di assoluta necessità nella pratica della chirurgia civile.

(1) Taluno ha proposto di animare la dinamo dell'apparecchio portatile del Cavallerleone, che attualmente funziona a mano, col motore stesso dell'automobile. Certamente con questo sistema il funzionamento della dinamo sarebbe più regolare; ma il suo rendimento, che attualmente è circa di un Ampère, aumenterebbe assai poco, limitato forzatamente dalla piccolezza dell'apparecchio.

## Sulla dissenteria.

(Da una lezione del prof. M. ASCOLI. *La Rif. Med.* 8 maggio 1915).

Negli ultimi decenni le nostre conoscenze sulla dissenteria hanno realizzato guadagni immensi. Il fitto mistero che avvolgeva il problema causale fu in buona parte svelato. La sindrome dissenterica si risolse in un netto dualismo, scindendosi in due famiglie, che riconoscono per esponenti patogenetici le amebe e i bacilli della dissenteria.

Il progresso non si arrestò. Lo smembramento dicotomico potè spingersi più oltre: le amebe ed i batteri risultarono i rappresentanti di svariate specie affini, atte ad ingenerare la malattia.

A lato dell'entamoeba histolytica trovò posto la tetragena; altre forme furon descritte. Le infezioni inscenate da questi protozoi han carattere endemico e sono specialmente ma non esclusivamente proprie delle regioni tropicali; non è presumibile che nella guerra europea esse abbiano a rappresentare una sorgente di guai seri.

Invece è riuscito di rintracciare l'entamoeba histolytica in un certo numero di soldati rimpatriati per malattia dalla Libia. Secondo osservazioni personali, in provincia di Catania si danno pure casi, invero piuttosto rari, di dissenteria amebica in soggetti che non abbandonarono il paese. Non è improbabile che buona parte degli ascessi epatici, non eccezionali in Sicilia, di origine nascosta, ripeta questa origine; l'indagine anamnestica, se condotta con minuziosa insistenza, riesce a collegarli a disturbi diarroici pregressi anche se le feci spesso più non contengano amebe.

La terapia da poco ha celebrato in questo campo una vittoria memorabile coll'adottare (Rogers) l'emetina, alcaloide di quel rimedio tradizionale ch'è la radice d'ipecacuana. Questa cura, geniale e fortunata intuizione chemoterapica, ha superato ormai la prova del fuoco. Si impiega l'emetina per uso ipodermico alla dose di 2-4 ctgr. il primo giorno, e successivamente di uno, uno e mezzo cgr. con intervalli di 2-3 giorni: si giunse a iniettarne senza danno, per via endovenosa, fino a 10 cgr. in 150 cmc. d'acqua per due giorni consecutivi, ripetendo in prosieguo, a distanza di giorni, per quattro volte la dose di 6 cgr.: e si ottenne la scomparsa definitiva delle amebe dalle feci.

Nella dissenteria *bacillare*, di natura *epidemica*, si trovarono germi che pur offrendo stretta affinità con quello scoperto da Celli e studiato dallo Shiga nel Giappone, se ne allontanavano in alcuni caratteri. Il lavoro di assetto è tanto avanzato che questi ceppi trovan tutti appropriato collocamento in due gruppi (tipo Celli-Shiga-Kruse e tipo Flexner-Strong-Y) distinti per la speciale tossina, fabbricata soltanto dal primo tipo e per la capacità, prerogativa del secondo, di indurre in fermentazione la mannite. Le singole specie sono differenziabili in base all'attitudine di essere agglutinate da sieri specifici, a reazioni biologiche, all'inerzia od attività di fronte ad alcuni zuccheri.

L'equivalente anatomico della dissenteria bacillare è rappresentato da flogosi della mucosa del crasso che va dalla semplice iperemia, alla tumefazione, necrosi e desquamazione, fino alla essudazione fibrinosa e formazione di ulcere (a margini netti, quasi tagliati collo stampo, non frastagliati nè minuti come nelle lesioni amebiche): non si può dunque parlare di unità anatomica.

Oltre a queste due forme di dissenteria, la *endemica amebica* e la *epidemica bacillare*, esiste una forma *sporadica*, a sintomatologia identica a quella epidemica, colle sue varianti di maggiore o minore gravezza, ma non imputabile a microorganismi determinati; trascurata e quasi dimenticata nel fervore di studî sulle forme specifiche, essa fu rimessa da poco sul tappeto della discussione.

* * *

Queste, allo scoppio della conflagrazione europea, le linee principali del dottrinale etiologico sulla dissenteria, accumulato negli anni di proficuo lavoro pacifico. Legittima l'aspettazione che le massime ed i postulati stabiliti si affermassero nuovamente e trovassero riconferma su più larga scala, proporzionata alla vastità della scena, in quell'immenso campo sperimentale di epidemie ch'è rappresentato dalla guerra; fiduciosa la previsione che l'uso razionale dei corollari relativi rappresentasse un ausilio valevole a ridurre l'ecatombe spaventevole di vittime.

Non è ancora giunta l'ora di tirare le somme. Mancano gli elementi per valutare anche approssimativamente il tributo pagato finoggi al duro flagello. Risulta tuttavia che gli eserciti combattenti furono per esso provati in misura non indifferente: dato il critico momento che il nostro paese attraversa non pare dunque inopportuno passare in rivista sia pure il poco ch'è dato raccogliere e intravvedere: anche modesto, il frutto dell'esperienza altrui può valorizzarsi da noi. Tanto più che qualche voce s'è levata a proclamare, per le prove fattene nelle campagne attuali, che in materia di dissenteria si avrebbe una grossa cambiale in sofferenza per

parte della batteriologia verso la clinica, per una partita scoperta ascendente nientemeno che all'ottanta per cento di diagnosi batteriologiche fallite.

È assodato che in alcuni territori — specialmente del teatro occidentale — le ricerche batterioscopiche furono coronate da successo: ed hanno messo in presenza e condotto all'isolamento dei bacilli specifici conosciuti; con maggiore frequenza del bac. Y. Ma a questo rilievo fa sconfortante contrasto la forte diffusione del medesimo bacillo, dove gli esami furono metodicamente estesi ai soldati che o non avevano presentato il minimo disturbo, oppure accusato soltanto manifestazioni lievi e transitorie. È questo l'argomento al quale ancora si appiglia la sottile schiera di coloro che si rifiutano di riconoscere valore etiologico ai bacilli dissenterici, e addebitano la malattia a cause occasionali, cui spetta invece soltanto l'ufficio più modesto di trasformare in malati i portatori.

In presenza d'un tale dilagare del virus, fino alla semigeneralizzazione, il proposito di fronteggiare gli eventi coll'isolamento dei portatori identificati, va scartato *a priori*.

Nella lotta contro le epidemie nelle quali l'uomo, portatore, costituisce un vivaio dell'infezione, i precetti direttivi non possono rimanere cristallizzati nella rigida cornice di formule inflessibili e schematiche valevoli in tutte le contingenze. La necessità e l'urgenza della segregazione del portatore non rappresentano un canone astratto, che si regge incrollabile sopra sè stesso, ma sono strettamente collegate a due elementi mutevoli e particolari di ciascun morbo: il numero e la diffusione dei portatori da un lato, la gravità del male da essi disseminato dall'altro. Quando il quoziente — mortalità per diffusione — è rappresentato da valori minimi, com'è per l'appunto il caso della dissenteria da bac. Y, con mortalità da 0 a 5 per cento, quando contro a falangi innumeri di portatori sta una esigua morbilità, e quando finalmente, in guerra guerreggiata, esigenze strategiche vietino di stornare dal teatro delle operazioni contingenti considerevoli, non resta che capitolare, rassegnati alla mitezza della taglia imposta.

Ma la pregiudiziale cade ed il dovere della profilassi riprende i suoi diritti imprescrittibili via via che la virulenza dei germi specifici, per loro natura, sia maggiormente dichiarata. Allora la valutazione va spinta volta per volta più in là, dall'ambito più largo della specie patogena, fino alla peculiarità ed al genio della *singola* epidemia. Nelle epidemie determinate da bacilli tipo Shiga-Kruse, che dànno una percentuale di mortalità che va dal 10, al 20, financo al 50 %, l'intervento attivo sui portatori è misura da attuare con solerzia, salve soltanto le limitazioni imposte con imperativo categorico dalle supreme esigenze belliche.

*
* *

Per contro in altre epidemie di dissenteria, e particolarmente sul fronte orientale, la meticolosa ricerca dei bacilli specifici rimase troppo spesso senza frutto.

Conveniva essere guardinghi nel trarre conclusioni, finchè si trattava di osservazioni isolate, delle quali l'esito può essere imputabile a sorgenti tecniche di errore od a congiura di circostanze fortuite. Anche perchè la comparsa di una forma epidemica di dissenteria non significa la radiazione temporanea della forma sporadica dalla nosografia.

Ma qui i termini sono addirittura invertiti. Si tratta di insuccessi costanti, per parte di specialisti di grido, accanitisi nell'indagine. Ogni dubbio deve svanire.

Fa d'uopo dunque arrendersi all'evidenza dei fatti ed affrontare con fermezza la realtà, anche se ce la figuravamo diversa; prendere atto che in tali casi la etiologia fuoriesce dai solchi battuti e sfugge ancora alla determinazione; e prepararci a fare i conti come meglio potremo con questo stato di cose.

Qui soccorre il ricordo di quelle forme sporadiche di dissenteria, il cui fattore causale restava ugualmente anonimo; ci troviam forse dinanzi al loro equivalente epidemico? Un tale ravvicinamento si basa sulla comunanza d'un carattere negativo, quello della aspecificità: base fragile, che la scoperta d'un solo elemento positivo di differenziazione potrebbe domani rovesciare. Tuttavia, allargando il campo ed amplificando la visuale, può mettere in risalto aspetti salienti ed inattesi del problema.

Perchè la dissenteria non è altro se non il prototipo delle enteriti localizzate al grosso intestino. E tale veste può essere indossata indifferentemente da malattie le più disparate: dall'enterite da balantidi, da bilharzia ed affini, passando per le proctiti ossiuriche, gonococciche; fino le emorroidi, il carcinoma rettale, le ulcere tubercolari del colon, possono presentarsi sotto le sue spoglie. Che poi enteriti acute da ingesti, che offendono la mucosa intestinale per via meccanica o chimica o fermentativa, possano svolgersi con sintomi prevalenti a carico del crasso, è nozione più che elementare.

*Le cause della dissenteria aspecifica son dunque molteplici e varie;* imprecisata ancora la parte che vi prendono i microrganismi. S'è pensato che batterî del tipo coli, ospiti abituali del

nostro tubo digerente, possano per favorevoli circostanze esaltare la propria virulenza e da innocenti commensali divenire nemici pericolosi; è stato supposto che ceppi solitamente innocui possano risultare patogeni quando sian di botto trapiantati in organismi non assuefatti alla loro azione. Queste concezioni, purtroppo meramente ipotetiche, non sono per questo meno suggestive; e richiamano alla mente la frequenza colla quale l'affezione si riscontra nei bambini, che offrono per l'appunto una relativa verginità e scarsa immunità del tubo intestinale; la facilità colla quale vanno ad essa soggetti i vecchi, nei quali i poteri di resistenza sono affievoliti; la spiccata azione predisponente dei viaggi, nel corso dei quali l'intestino è esposto d'un tratto all'invasione della flora indigena.

È singolare ancora che l'elenco dei fattori che figurano nell'anamnesi delle coliti sporadiche e sono volta per volta bersaglio delle nostre accuse, corrisponde esattamente all'appello nominale delle condizioni anormali nelle quali si svolge normalmente la vita del soldato in campagna. Alimentazione insufficiente ed incongrua, difettoso allestimento dei cibi, irregolare e frettolosa consumazione dei pasti, strapazzi, azione del freddo e dell'umidità, traumi psichici, sbalestramento in terre straniere.... La frequenza di turbe dell'apparato digerente cessa di sorprenderci ed appare attributo doloroso ma inevitabile del fenomeno guerresco.

Nè può aversi difficoltà ad ammettere che dove ciascuno di questi coefficienti, preso singolarmente, forse avrebbe dato origine solo a qualche incomodo mite e passeggero, la vicendevole cooperazione, le reciproche interferenze, si iperbolizzino nel quadro conclamato della dissenteria.

E giacchè le stesse cause operano talvolta contemporaneamente sopra agglomeramenti colossali, l'effetto è di estensione proporzionale; un turbine morboso si abbatte con impeto fulmineo sulle masse umane, seminando caterve di malati. Terribile può essere il peso della responsabilità che in tali frangenti, di fronte al dilemma tormentoso della contagiosità o non del male esploso, grava su coloro che tengono affidata la responsabilità della difesa sanitaria. Per buona sorte il male può bensì essere universale, ma blando: capita che intere compagnie sian colte da diarrea mucosanguinolenta, eppure solo pochi uomini si dan malati; gli altri son tuttavia in grado di tenere stabilmente la breccia. Oppure sono bensì gravi le manifestazioni dei colpiti, ma questi sono in numero limitato.

Comunque, le misure immediate non possono aver di mira che i malati propriamente detti, e questi si eliminano automaticamente dal contatto delle truppe per dato e fatto della loro infermità. In più, preme soltanto di dare opera, nei limiti dei mezzi a disposizione e del numero dei pazienti, al loro isolamento ed alle misure di disinfezione.

* * *

La dissenteria, s'è visto, non rappresenta una unità nè anatomica nè etiologica; è una entità *clinica*, solo *parzialmente risoluta* ne' suoi costituenti causali. Or dunque che cosa ci preme sapere prima d'ogni altro? Se si tratti di una forma specifica bacillare? Non certo in prima linea. Porre la questione in questi termini sarebbe illogico perchè anteporrebbe un quesito particolare al generico; nocivo perchè il punto saliente al quale mirano ansiosamente le nostre investigazioni è quello della contagiosità. Ora siccome nessuno oserà proclamare la incompatibilità degli attributi *aspecifico* e *contagioso*, perchè nessuno può farsi mallevadore che forme aspecifiche non possano essere anche contagiose; tutte le volte che il responso batteriologico riuscisse negativo, ci ritroveremmo, rispetto al quesito essenziale della entità clinica, nè più nè meno che al punto di partenza.

D'altronde l'espletamento delle ricerche batteriologiche domanda qualche giorno; la più sbrigativa, la prova sierodiognostica, richiedente poche ore, dà solo eccezionalmente una risposta perentoria, perchè solo raramente il sangue contiene agglutinine all'inizio della malattia.

Mentre si promuovono queste indagini, giova dunque affrontare il problema più lato della natura generica dell'affezione sopraggiunta: assodare se si tratta o non dell'entità clinica sospettata. Il substrato della dissenteria è costituito da infiammazione dell'intestino crasso, raramente spingentesi alle ultime porzioni dell'ileo. Pertanto primeggia il compito di accertare la *sede* del male: intorno a questo fulcro della *localizzazione morbosa* graviteranno le nostre indagini. E il loro andamento comprenderà un duplice ordine di constatazioni: quelle dirette e positive, indirizzate a *documentare l'interessamento del crasso;* quelle negative, indirette, volte ad *escludere la partecipazione del tenue.*

La comparsa di scariche diarroiche come tali non è affatto patognomonica, potendo tradire flogosi diffuse o circoscritte ad altre sezioni del tubo inestinale. Sintomo di sede, rivelatore di affezione del crasso, e precisamente della sua ultima porzione, è il *tenesmo,* che si stabilisce precocemente, cagiona sofferenze indicibili, si esagera fino a produrre il prolasso del retto. Spesso associata è la *dolenza del sigma al pigiamento,* mentre la palpazione dell'addome, seb-

bene contratto, può lasciare apprezzare il colon ispessito. Dolori colici propriamente detti passano in seconda linea. Può presentarsi tenesmo vescicale.

I prodotti della flogosi colica fanno prontamente la loro apparizione nelle feci. Il materiale viene evacuato in quantità scarsa, perfino *a cucchiaiate, fra* gli spasmi del premito, con scariche brusche, *a guisa di spruzzo,* succedentisi a breve intervallo (può raggiungersi il centinaio nelle 24 ore); acquista presto un aspetto particolare: liquido, di colore *rosso chiaro,* l'odore ricorda la *colla* e lo *sperma;* spiccano nel liquido *fiocchetti biancastri,* in apparenza frustoli di tessuto, in realtà costituiti dall'epitelio desquamato e necrotico.

Mentre queste manifestazioni additano la sofferenza del colon, soddisfacendo al postulato dei segni diretti, il giudizio si avvalora per la mancanza di quelli propri delle gastroenteriti, fra le quali van tenute presenti, per la crescente importanza che vanno assumendo, le infezioni determinate dai bacilli paratifici. Qui soccorre l'abbondanza degli escrementi, il loro carattere fecale o per converso acquoso, il pronunziamento più spiccato del vomito, nella colite modesto, iniziale e per lo più unico; mentre a sua volta nella gastroenterite difettano il colorito sanguigno delle feci, i fiocchi bianchicci, il tenesmo.

Spesso il processo è accompagnato da modico movimento febbrile, piuttosto remittente che continuo, di breve durata. Nei casi decorrenti con grave intossicazione il colorito del volto impallidisce, i lineamenti si affilano, il polso si fa piccolo e frequente, subentra l'ipotermia.

Quando la ricerca diligente e la valutazione scrupolosa di questi elementi abbia condotto a pronunziarci clinicamente per la natura dissenterica della sindrome osservata, in attesa del responso batteriologico, possiamo cercare di spingere ancora qualche passo innanzi (pur circondandoci del massimo riserbo per l'infida natura del terreno) intorno al carattere di specificità etiologica. Nelle forme *aspecifiche* le deiezioni sono cosparse più o meno abbondantemente di muco, il quale, parzialmente tinto di sanguigno, può rappresentarne occasionalmente la totalità, mentre nella dissenteria specifica difettano ammassi di muco propriamente detto, giacchè le cellule mucipare sono in via di disfacimento; e poi minore la prostrazione, meno risentito il tenesmo, e in sua vece dolori colici precedenti le scariche.

Un mezzo d'indagine che fornisce dati talvolta decisivi, è rappresentato dall'esame endoscopico, che rende accessibili alla visione diretta le lesioni della mucosa rettale. Il rettoscopio è costituito di un tubo metallico da introdurre nel retto; esso è armato all'estremo anteriore di una sorgente luminosa, posteriormente chiuso di lastra di vetro; mediante doppio pallone si può insufflarvi aria, per distendere e in tal modo meglio ispezionare la mucosa. Sarebbe desiderabile che questo strumento fosse messo alla portata dei medici in simili contingenze e impiegato quando l'acuzie dei sintomi non sia per vietarne l'impiego.

Tali i capisaldi della diagnosi differenziale. Essa prende per base, com'è naturale, schematicamente la figura più di frequente assunta dalla dissenteria bacillare specifica. Ma nel seguire questa traccia, non dobbiamo perdere di vista che le fattezze del morbo sono soggette a variazioni, possono presentarsi sbiadite, alterate, deformate.

Non indugiamoci sulla gamma delle gradazioni d'intensità, che dai casi *gravi,* letali in pochi giorni, declina insensibilmente alle forme *ambulatorie,* allacciantisi a lor volta ai portatori. E nemmeno sulla forma *gangrenosa,* talvolta fulminea (al punto da destare perfino sospetti di suicidio), dalle feci sanguinolente, bruno-nerastre, contenenti cenci di mucosa gangrenata, emananti fetore intollerabile; forme di gravezza estrema, pressochè inesorabilmente fatali, ma di riconoscimento agevole.

Invece la sperequazione fra sintomi generali e locali, il sopravvento dei primi sui secondi respinti nell'ombra, tendono pericolose insidie al retto giudizio nella forma *tifosa* della dissenteria, da non confondersi con l'associazione morbosa «febbre tifoide e dissenteria», infezione mista ch'è stata descritta e dimostrata. Febbre elevata, continua o continua-remittente, adinamia, sensorio ottuso, stupore, insonnia, delirio, lieve ingombro bronchiale; lingua impatinata, arida, fuliginosa; tumore di milza, possibile leucopenia; meteorismo, mancante il tenesmo, deiezioni feculente. Ed allora è la presenza di sangue e muco nelle feci, l'insorgere della malattia in mezzo all'imperversare della dissenteria epidemica, la possibile comparsa di ecchimosi sottocutanee a svariata localizzazione, il contegno del polso, il sopraggiungere di speciali complicanze, quali congiuntiviti, iridocicliti, artriti reumatoidi, nevralgie, uretriti, epididimiti, parotiti.... insomma un complesso di piccoli e grandi segni che mal s'inquadrano nella febbre tifoide, che destano sospetto ed invitano a chiedere chiarimenti alle ricerche siero- e batteriologiche complementari. Questo predominio dei fenomeni generali non proviene da diffusione setticemica del virus, ma va ripetuto dalla tossina solubile elaborata dai bacilli (tipo Shiga), simil-

mente a quanto avviene nella difterite; e come questa tossina, quella dissenterica attacca con una certa predilezione la fibra muscolare cardiaca: prova ne sono le residuali ipertrofie che s'incontrano a guarigione avvenuta.

*
* *

Fatta la luce, ed a maggior ragione se la diagnosi è consacrata dal suggello batterioscopico, s'impone il compito di procedere a convenienti misure di difesa. La vitalità del bacillo dissenterico è relativamente scarsa; senza importanza la polvere come mezzo di trasmissione; infrequenti le epidemie di origine idrica. Non a torto la dissenteria è considerata come paradigma delle *infezioni orali per materie fecali;* le *mani* (imbrattate ai sedili, alle maniglie, alle porte delle latrine, o assistendo i malati o maneggiando biancheria infetta) e i *cibi,* dalle mosche riversantisi a sciami sulle deiezioni dissenteriche, o altrimenti contaminati, ne sono i veicoli. La truppa va messa sull'avviso con opportune istruzioni ed ordinanze.

Oltre all'igiene meticolosa delle latrine (calce, cloruro di calce), alla disinfezione della biancheria e degli oggetti d'uso dei malati, si raccomanda caldamente l'impiego di guanti e scarpe di gomma al personale medico e di assistenza, e la guerra alle mosche. Si combattono colla formalina (versata, in diluizione al 10 %, su piatti e rinnovata ogni secondo giorno), colla razzia, colle carte moschicide, cogli spruzzi di miscela di Giemsa (tintura di piretro gr. 580, sapone di potassa, possibilmente inodoro, grammi 180, glicerina gr. 240; allungare con 9 volumi d'acqua) un po' dapertutto, col cloruro di calcio, gettato in piccola quantità mediante un polverizzatore sul davanzale delle finestre e sulla soglia delle porte. Qualche protezione è pure offerta, per le infermiere, come sperimentai nel reparto colerosi che tenni nel 1911, dall'applicazione di cortine di garza alle finestre, assicurate alle cornici, ed, a guisa di doppia portiera incrociata, applicate alle porte.

Il problema generico dei portatori (nelle epidemie a causa palese) fu sopra delibato e non occorre tornarvi sopra. Basta soggiungere, in particolare, che quali si siano le limitazioni imposte ai provvedimenti relativi, v'ha una parte del programma di azione, un programma minimo, la cui attuazione mai dovrebbe subire amputazioni nè dilazioni. Alludo alla caccia spietata al portatore fra il *personale di cucina.* Basta riflettere un istante ai rischi ai quali il cuciniere infetto espone la truppa, per convenire nella necessità imprescindibile di queste misure. Quando poi il nocciolo determinante l'epidemia rimanga celato, cadono i provvedimenti sui portatori, per la buona ragione che manca il modo di riconoscerli. Tuttavia non per questo debbono aver tregua le indagini per scoprire le possibili sorgenti d'infezione; soltanto, astraendo da obbiettivi specifici, esse terranno un andamento più generico sorvegliando con particolare cura le acque e i cibi, e sopprimendo quanto in proposito dà adito a sospetti.

Ovvia sorge la domanda se non sia possibile premunire le truppe contro il flagello dissenterico mediante la vaccinazione. Purtroppo il problema è ancora lontano da quello stadio di maturità che ha raggiunto nella febbre tifoide, sebbene la vaccinazione abbia un autorevole banditore e strenuo assertore nello Shiga. La vaccinazione preventiva si annunzia promettente; desiderabile ed urgente una più larga sperimentazione che ne attesti con prove irrefragabili la innocuità e l'utilità. Ma allo stato degli atti è prudente attendere questa sanzione prima di passare ad adottarla in massa negli eserciti.

Più o meno entusiastico ma generale è invece il consenso sulla efficacia della *sieroterapia.* Unanime il rilievo dell'azione sorprendente, sullo stato generale, l'accasciamento, il polso, la temperatura; segue l'influenza sui fenomeni locali, la mitigazione del martoriante tenesmo, il diradarsi e rifarsi feculente delle scariche.

L'utilità della sieroterapia nella dissenteria bacillare è dunque fuori discussione.

Pretendere, per altro, che i singoli giudizi si sovrappongano esattamente in tutto e per tutto, vorrebbe dire astrarre dalla natura delle cose. Dobbiamo considerare che il meccanismo d'azione del siero non consiste unicamente, come nella difterite, nella neutralizzazione della tossina, ma si esplica altresì contro i corpi bacillari; ch'esso è antitossico e battericida ad un tempo. Ora, la proporzione di queste due proprietà non può mantenersi identica in ogni siero. Inoltre, in relazione alla parentela più o meno stretta fra la sottospecie dissenterica che ha servito al trattamento dei cavalli fornitori del siero e quella ch'è causa della malattia nel caso concreto, è da attendersi un effetto terapeutico più o meno elettivo. Se, nella ipotesi peggiore, si amministri un siero diretto contro il tipo Flexner a malati del tipo Shiga, non è certo da ripromettersi più d'un'azione modesta. Questo il motivo della diversa eccellenza dei risultati registrati. Non parliamo di quell'incongruenza che consiste nel riunire in fascio, senza discernimento, i casi specifici ed aspecifici sottoposti alla sieroterapia e poi ragionarvi sopra con calcoli statistici globali. Con che non vuol pretendersi di condizionare e postergare in casi gravi

il ricorso al siero all'accertamento batteriologico, chè anzi qualche utile sembra potersene ricavare anche nelle forme aspecifiche, perfino dal siero normale: ma apprezzamenti sulla sua efficacia sono ammissibili solo in quanto desunti da casi etiologicamente bene definiti.

L'ideale sarebbe rappresentato dal siero omologo, cioè di cavalli immunizzati con colture dello stesso germe, che sostiene l'epidemia in atto. Nella impossibilità pratica di ottemperare a questo desiderato, la maggiore garanzia è offerta da sieri polivalenti: ne possediamo uno ottimo, di preparazione nazionale, fornito dall'Istituto sieroterapico milanese.

Un'altra condizione per trarre dal siero il massimo rendimento sta nella sua applicazione precoce e generosa; a seconda della gravezza, si può da 10-20 arrivare a 60-80 cmc., distribuiti in due volte nelle 24 ore, e se occorre ritornare alla carica nei due giorni successivi. Superflua l'avvertenza generale d'indagare se il paziente sia stato sottoposto per il passato a iniezioni di siero e qualora un tanto risulti, garantirci contro lo scoppio di fenomeni anafilattici col procedimento delle iniezioni subentranti.

Quanto alla cernita dei casi da sottoporre alla sieroterapia, ragione e carità di accordo vorrebbero che, riconosciuta la sua efficacia, tutti i malati indistintamente potessero fruirne. Qualche giustificata riserva va però sollevata pei casi che non rivestono gravità: è da chiedersi se data la lieve entità del male l'utile compensi gl'inconvenienti rappresentati da una possibile malattia da siero e dalla creazione d'uno stato anafilattico pel futuro.

Ma in tempi di guerra ben altri argomenti intervengono a pesare sulla bilancia. Nessuno s'illude che proprio il nostro esercito debba miracolosamente essere risparmiato da questa calamità: tutto invece è certo previsto e disposto per farle fronte, larghe provviste di siero approntate. Ma il consumo di siero è considerevole per ogni caso trattato, nuove provviste, dandosi il bisogno, non sono improvvisabili. Il suo impiego senza regola nè freno potrebeb dunque dar fondo alle scorte più esuberantemente calcolate e farci trovare a un dato momento senza munizioni. In vista di questa possibilità le prescrizioni di siero antidissenterico van dunque temperate dai criteri d'una sana parsimonia, ricorrendovi senza risparmio nè indugio nei casi gravi, nei casi lievi solo quando le altre risorse abbiano fallito.

*
* *

Se possiamo guardare con particolare compiacenza ed orgoglio a questa conquista della medicina, non siamo peraltro inermi nel resto. Il classico trinomio terapeutico, purganti, narcotici, clisteri astringenti, ha subìto non indifferenti revisioni, ma s'è pure arricchito di nuovi e preziosi termini. « *Purgare et iterum purgare* »: contro questo adagio del buon tempo antico comincia a spirare vento di fronda e si sono sollevate ancora voci di dichiarata eresia. I più son paghi di contenere l'uso del calomelano, dell'olio di ricino, del solfato di soda al periodo iniziale e darli in prosieguo solo quando di ristagno nel circolo fecale s'abbiano segni visibili.

Mentre il metodo purgativo perde terreno, ritornano in auge i medicamenti assorbenti. Invero queste altalene e queste resurrezioni non ci persuadono a prestare facile orecchio ai nuovi verbi, destano anzi il riflesso d'una prevenzione non precisamente favorevole. Bisogna però riconoscere che la esumazione del carbone si presenta in oggi altrimenti razionale che una volta e si appoggia ad un corredo poderoso di fatti sperimentali, nei quali è per giunta contenuta la chiave della diversa fortuna incontrata dal farmaco in passato. Perchè, senza escludere una possibile azione sui corpi batterici, la sua attività si esercita essenzialmente per due requisiti: l'alta capacità assorbente, la proprietà di fissare le tossine con legame irreversibile nel tubo intestinale. Ora questi requisiti sono posseduti in misura straordinariamente diversa dai singoli preparati, con tutta una scala di gradazioni, ai piedi della quale è l'usuale carbone vegetale, mentre in cima sta il carbone animale, ottenuto con procedimenti speciali.

Per adempiere alla funzione assegnatagli di epuratore fisico-chimico il carbone dev'essere propinato generosamente, fino alla dose di 80 gr. al giorno; la introduzione deve però avvenire a conveniente distanza dai pasti, nell'intento di evitare che su di esso si condensino anche i fermenti digestivi.

Tuttavia nell'ambiente intestinale l'assorbimento è meno tenace che non nella provetta ed a lungo andare si allenta e si ridissolve. Perciò quando il carbone s'è caricato dei prodotti venefici elaborati dai bacilli della dissenteria, occorre provvedere alla sua espulsione ed all'uopo gli si fa seguire il solfato di soda e di magnesia. Anzichè escludersi i metodi purgativo ed assorbente in questo modo si completano e cooperano razionalmente alla eliminazione larga ed energica della materia *peccans*, che, assorbita e resa innocua dal veicolo carbone, compie accelerato il viaggio attraverso il tubo intestinale.

Pur facendo la debita parte dell'immancabile ottimismo filoneistico, guardando ai rapporti presentati, non possiamo rimanere impassibili di fronte all'inno di elogi prodigati al carbone

particolarmente nella cura del colera, ma decantato anche nella dissenteria. E chi si trovi di assumere cure di dissenterici non potrà sentirsi autorizzato a non tener conto dei successi registrati, che han tutta l'aria di essere autentici. Provvida ed augurabile misura apparirebbe quindi il promuovere la fabbricazione d'un preparato del genere, che soddisfi, colla garanzia di controlli farmacologici, ai requisiti voluti, per modo da non essere sorpresi impreparati dagli avvenimenti nemmeno per questo riguardo e sapere dove metter le mani al bisogno, ed in casa nostra.

In mancanza di carbone, l'argilla bianca sterilizzata (bolus alba), in dosi anche maggiori (fino a 200 gr. al giorno in thè o latte) può farne le veci: anche per essa sussiste una notevole diversità fra i singoli preparati.

Ma l'implorazione che il medico si sente più spesso disperatamente rivolgere al capezzale del dissenterico si riferisce allo straziante tenesmo, al quale l'infermo reclama urgente sollievo. Quasi per un movimento riflesso ci troviamo fra le mani la siringa pronta per l'iniezione di morfina. Eppure l'analisi della sua azione ci ammonisce che alla resa dei conti il rimedio è destinato a fare più male che bene. Perchè (l'esame radiologico lo dimostra all'evidenza) la morfina induce in contrazione spasmodica il piloro, lo sfintere ileo colico, le porzioni distali del crasso; ed è intuitivo che questi effetti valgono quasi a controindicarne l'impiego. Stando a una proposta recentissima sembrerebbe che il cloridrato di papaverina (fino a 6 cgr. al dì, per iniezione) sia scevro di questi inconvenienti, pur procurando non minore ristoro. Si tenta di alleviare il premito colla introduzione di zaffi di garza, spessi quanto un dito, nel retto, colle supposte di belladonna e cocaina; e quando dell'oppio non si possa proprio fare a meno, si aggiunge nella supposta la belladonna, per controbilanciarlo parzialmente.

Nella *medicazione locale* ancora un atto di automatismo terapeutico ci suggerisce senz'altro la prescrizione degli astringenti. Ora bisogna guardarsi dall'aggredire così di colpo e brutalmente quell'ampia superficie di ferita scoperta, nella quale è trasformata nei casi gravi la mucosa del crasso. Essa va anzitutto *drenata,* con *enteroclisi* a bassa pressione, con mezzi *indifferenti, tiepidi*: soluzione fisiologica, al bisogno addizionata di adrenalina, decotto di malva, di salep, acido borico all'1 %.

Importante è curare i particolari della procedura. Necessita servirsi di cannule molli di gomma, da spingere alquanto in alto, *a doppia corrente* (all'occorrenza improvvisate con due cateteri, deputati all'afflusso l'uno, al deflusso l'altro) per commisurare volta per volta il volume del liquido, che si fa penetrare a bassa pressione, alla tolleranza del malato. Questi deve giacere in decubito laterale sinistro col bacino sollevato da un cuscino e la testa bassa.

A misura che la flogosi si attenua, si fan subentrare i lavaggi al permanganato, protargolo, tannino, nitrato d'argento, in concentrazione crescente. Più tardi piccoli clisteri a permanenza di dermatolo, argilla bianca, ecc.

Qualche utile sintomatico danno il decotto di simaruba (30 a 300, concentrato a metà volume), di ratania, l'Uzara, i semi di Khossam (in numero di 12 da ingerire frantumati il mattino); pure per via orale è stata preconizzata la tintura di iodio (al 5 %; 3 volte al giorno 10 goccie in mezzo bicchiere d'acqua), insieme a clisteri di 30-40 goccie della stessa soluzione in 1/2 litro d'acqua, tre al dì). Di uso corrente, e incontestabilmente utili, sono i fomenti, gl'impacchi caldi, il termoforo sull'addome.

Largo e tempestivo dev'essere l'uso dei cardiocinetici (digitale e canfora a preferenza); le ipodermoclisi, le fleboclisi possono operare vere resurrezioni.

L'importanza che spetta al fattore alimentazione è troppo nota e le norme che debbon regolarla impresse nella mente di tutti. Ma in tempi eccezionali la difficoltà spesso sta nell'ordinare quello che nelle contingenze del momento *è possibile procurare.* Qui ha campo di emergere la prontezza di spirito personale per trarre partito delle risorse che la situazione offre.

Più comunemente a nostra portata si trova il decotto di riso. Sembra poi giovevole mantenersi fedeli, almeno a giornate, ad una sola specie di mucilagine. L'ostracismo decretato al latte si viene man mano dimostrando non del tutto meritato; trascorsa la fase acutissima si potrà dunque ricorrervi, correggendolo con cloruro di calcio.

Quando tutti i tentativi sian riusciti vani e la diarrea colliquativa strugga l'infermo fino all'emaciazione, prima di affidarlo al chirurgo per l'appendicostomia, è ancora da sperimentare la cura eroica delle soluzioni ipertoniche (Singer) e la cura vaccinale. Si praticano a distanza di 2-4 giorni iniezioni di soluzione clorosodica in concentrazione e quantità crescente, progredendo da 10 cmc. di soluzione al 2 % fino a raggiungere il massimo di 50 cmc. al 25 %. L'acqua che serve a preparare la soluzione dev'essere distillata al momento, come si usa pel salvarsan. In pari tempo si può eseguire il trattamento vaccinale, con dosi crescenti di bacilli dissente-

rici uccisi, trattamento del quale il Castellani si è servito con vantaggio.

Quand'è che siamo autorizzati a dichiarare il paziente guarito ed al riparo di ricadute e quando possiamo assumere a cuor tranquillo la responsabilità di dimetterlo, colla certezza di non restituire alla truppa un fomite d'infezione? La questione, come si vede, è di una delicatezza estrema. I bacilli dissenterici possono rimanere annidati nelle ulcere. La durata di eliminazione sta in complesso sensibilmente dietro a quella dei bacilli di Eberth, che prendono stabile dimora nella cistifellea; tuttavia anche i bacilli dissenterici possono persistere vivi e virulenti nelle ulcerazioni incompletamente rimarginate per un periodo più o meno lungo, fino ad ibernarvi, costituendo l'anello di congiunzione fra le epidemie di due annate successive. Nulla tradisce nelle apparenze l'occulta labe; l'infermo sembra aver ricuperata perfetta salute. È da queste *forme croniche latenti*, pericolose a sè ed alle collettività, che preme guardarci.

Quando l'esame delle feci riesce positivo, la risposta è perentoria. Ma non sempre la eliminazione bacillare specifica è continuata; essa può anche essere interrotta, periodica: dopo una o più analisi colturali negative, ricomparire a scadenza variabile. Questo per eccellenza il campo di applicazione della rettoscopia, quello in cui essa dà i suoi frutti migliori; il ricorso a tale mezzo d'indagine tanto prezioso quanto semplice è indispensabile quando si tratti di decidere sul licenziamento. Esso ci può rivelare la persistenza di ulceri dissenteriche anche quando le prove batteriologiche son mute; e darci nel contempo modo di curarle, aggredendole, sulla sua guida, *in sito*, con cauterizzazioni al nitrato d'argento e insufflazioni di dermatolo.

---

# MEDICINA SOCIALE.

## In tema di nevrosi traumatiche.

Su quest'argomento palpitante d'attualità vi è stata recentemente una discussione in seno alla Società dei medici infortunisti svizzeri, importante sia per l'autorità di coloro che vi hanno partecipato, che per le conclusioni alle quali ha dato luogo.

Crediamo che sia veramente utile non trascurare di diffondere nel pubblico medico e assicuratore questi avvenimenti, che sono come le pietre miliari dell'infortunistica e perciò ci accingiamo volentieri a darne notizia, attingendo al resoconto del « Monatschrift für Unfallheilkunden », lieti di constatare ancora una volta che le idee sostenute in questa discussione da uomini di sì alta competenza ed autorità, come il Kaufmann, il Pochon, il Frank, ecc. sono quelle stesse, che nella nostra pratica quotidiana ci hanno finora corrisposto in modo egregio e che oltre che dal nostro maestro, il Borri, il quale da molto tempo le va propugnando, ricevettero recentemente la prova del fuoco dal lavoro casistico del nostro Ciampolini, che ci duole non veder ricordato nella discussione in parola.

Il dott. Pochon di Losanna riferisce:

Chiamasi *neurosi* ogni malattia del sistema nervoso che non ha base anatomica riconoscibile. In un nevrastenico un trauma può esser la causa occasionale per lo sviluppo della nevrosi traumatica, ma in tal caso non si tratta di una malattia nuova, che si possa in qualche modo differenziare da una nevrosi ordinaria; il fatto nuovo e importante è che l'infortunato è assicurato ed ha diritto ad un indennizzo adeguato per un danno residuatogli.

Da ciò scaturisce una grande forza suggestiva. L'unico scopo di un ammalato di nevrosi traumatica è l'indennizzo più alto possibile. È strano che gli infortuni che conducono alla nevrosi traumatica sono il più delle volte di lieve entità; le gravi lesioni dell'estremità che rendono spesso necessaria l'amputazione, non hanno quasi mai per conseguenza una nevrosi traumatica. Al gruppo delle nevrosi traumatiche non appartengono le scosse del sistema nervoso che seguono ai gravi traumi del cranio. L'autopsia in questi casi fa il più delle volte rilevare alterazioni anatomiche più o meno pronunciate del sistema nervoso centrale.

Il relatore ricorda alcuni dei lavori più importanti in tema di nevrosi traumatica. Fin dal 1866 gli inglesi hanno descritto questa malattia in rapporto agli infortuni ferroviari. Solo nell'anno 1909 (Sachs) si cominciò a parlare seriamente di misure profilattiche. Nägeli trovò (1910) che quasi tutti i neurotici traumatizzati riprendevano rapidamente il lavoro dopo l'indennizzo e guadagnavano più di prima.

Morselli distingue cinque forme di nevrosi traumatica: nevrosi traumatica del tipo Oppenheim; forma neurastenica; forma isterica; forma ipocondriaca; forma querulomane o paranoica.

Pochon propone la seguente classificazione: sinistrosi; nevrastenia traumatica; isteria traumatica. Le forme querulomani si verificano più facilmente nelle persone eretistiche ed esaltate, le forme ipocondriache nelle persone depresse e deboli.

Il valore della classificazione diminuisce di giorno in giorno, poichè sempre più si riconosce

che due momenti psichici suggestione e simulazione, hanno influenza essenziale su tutto lo sviluppo, la sintomatologia e il decorso delle nevrosi traumatiche.

Una serie di fattori secondari entra in giuoco nella patogenesi della malattia, specialmente il contegno psichico dei compagni di lavoro.

È noto che alcuni compari stabiliscono i loro locali in vicinanza di grandi imprese e si danno pena di acchiappare gli infortunati di fresco per farsene dei buoni clienti e per sottrarre elegantemente dalle loro tasche la somma a cui hanno diritto appena l'abbiano riscossa. Gli operai non hanno altro da fare che dare pieni poteri medante la loro firma al compare e seguire le sue istruzioni. Molto spesso questi è anche un ex operaio che ha ottenuto un indennizzo per un infortunio e che sa per esperienza propria come si deve fare per raggiungere la somma più alta possibile. L'infortunato senza energia si lascia abbindolare e incomincia la sua nevrosi di rivendicazione, trascina i suoi giorni nell'osteria fra il bere e il giuocare, si abitua rapidamente alla nuova vita vagabonda e perde la voglia di lavorare.

Un buon mezzo contro il contagio psichico consiste nel ricovero precoce e prolungato in una casa di cura; ma questo non è sempre possibile; in tal caso è necessario che il medico possa rendersi conto opportunamente delle qualità e delle alterazioni del carattere dell'operaio e riesca a combattere, con un trattamento suggestivo, le influenze dell'ambiente dell'operaio.

Spesso è il contegno del medico di fronte all'operaio che aiuta l'insorgere di una nevrosi traumatica. Il medico deve trattare l'operaio ferito assicurato non come un numero, ma come un altro paziente della sua clientela ed opporgli specialmente la più grande benevolenza, altrimenti l'operaio viene subito nell'idea che il medico sia suo nemico e d'accordo col padrone e con la società d'assicurazione per sfruttarlo e per ingannarlo.

Il relatore ritiene anche che all'infortunato si dia la possibilità di occuparsi ad un lavoro più leggero di quello abituale per un certo tempo; ma questo non vogliono intendere la maggior parte degli industriali.

Anche la società d'assicurazione col suo contegno di fronte all'infortunato ha qualche influenza sull'origine di una nevrosi traumatica. Un modo di procedere gretto, troppo aspro e brusco è adatto a dare all'infortunato l'impressione di essere danneggiato. Egli diviene diffidente di fronte al medico e alla società e cerca di mettersi in difesa. Il resultato di questi procedimenti può essere una nevrosi traumatica. Per prevenire questa malattia il relatore ritiene necessario un primo esame obiettivo esatto e completo. Il primo certificato deve dare un quadro quanto più esatto possibile dell'affezione esistente; tutte le particolarità debbono essere notate. Il primo medico non deve riguardarsi, se è necessario, dal chiamare un secondo medico per fissare precisamente lo stato obiettivo e giungere ad una diagnosi. Tutti i mezzi necessari ad un'esatta diagnosi debbono essere esperiti, specialmente i raggi Röntgen. Quando la nevrosi si è instaurata, il trattamento deve essere prevalentemente psichico; la meccanoterapia, la balneoterapia e l'elettroterapia di per sè non sono sufficienti.

Il relatore aggiunge anche che in occasione di una perizia deve sempre assistere il medico curante.

L'indennizzo non deve essere nè troppo alto, nè troppo basso, perchè una somma troppo alta produce nell'infortunato l'impressione di essere gravemente malato e la nevrosi viene peggiorata.

Pochon raccomanda come indennizzo nella nevrosi traumatica dichiarata, nella maggior parte dei casi, una rendita del 20-30 % per due o tre anni, purchè la detta somma sia interamente pagata prima dello scadere del primo anno.

È prevedibile che questo procedimento farà diminuire, se non scomparire, la frequenza e la gravità delle nevrosi traumatiche, che han potuto propagarsi in grazia delle lacune di una legislazione forzatamente imperfetta, dell'assenza di energia degli assicurati, del desiderio di un indennizzo e, confessiamolo pure, dell'ignoranza dei medici e della loro generosità a spese altrui.

GINO PROSPERI.

## ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### Società Lombarda di scienze mediche e biologiche.

Seduta del 10 maggio 1915.

PIZZINI L. *Sulla epidemiologia della meningite cerebro-spinale.* — L'O. durante la recente epidemia di meningite cerebro-spinale (47 casi osservati a Bergamo) ha notato quasi costantemente nei colpiti dall'infezione la pediculosi. Colpito dalla somiglianza che vi è tra l'epidemiologia della meningite cerebro-spinale e quella del tifo esantematico, pel quale è ormai dimostrato certo come veicolo di trasmissione il « *pe-*

*diculus vestimenti*», ha potuto con i suoi esperimenti dimostrare in tre casi che nei pidocchi parassiti dei malati vi era il meningococco di Weichselbaum. Da questo fatto l'O. non intende trarre la conclusione, che unico veicolo di trasmissione della meningite cerebro-spinale sia il pidocchio e tanto meno vuole togliere qualsiasi importanza alla infezione per la via nasofaringea. D'altra parte, forse, più che il «*pediculus capitis*», nella diffusione della malattia ha importanza il «*pediculus vestimenti*», data la maggior facilità di questo a passare da persona a persona e da luogo a luogo. I soggetti che più si prestano alla trasmissione della malattia, o i così detti portatori di bacilli, sarebbero quei malati che presentano il meningococco nel sangue; infatti l'O. non ha potuto mai isolare il meningococco da quei pidocchi che erano parassiti di malati aventi il germe soltanto nel liquido cefalo-rachidiano. Per la profilassi ha grandissima importanza l'isolamento dell'ammalato fino a che nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano non si riscontrano più meningococchi, come pure ha grande importanza la disinfezione delle biancherie e dei pavimenti dove ha soggiornato l'ammalato, e la più scrupolosa pulizia personale di coloro che avvicinano l'ammalato stesso.

ARLOTTA A. *Reperto radiografico in nevralgie del trigemino.* — In due casi di nevralgia del trigemino nei quali era assai oscura la diagnosi etiologica, l'indagine radiografica diede preziosi risultati rivelando in uno di essi, riferentesi ad una giovane ventenne affetta da nevralgia della II e III branca, la presenza del terzo molare inferiore incluso il cui apice radicolare penetrando nel canale mandibolare vi determinava la compressione del nervo dentale inferiore e mettendo in evidenza nell'altro, riferentesi ad una donna di 55 anni sdentata affetta da 4 anni da grave trigeminalgia, fatti di stenosi del canale mandibolare.

Nel primo caso l'estrazione del dente e nel secondo quattro iniezioni di alcool assoluto sul nervo dentale inferiore alla spina dello Spix determinarono la guarigione.

MACCABRUNI F. *Cisti dermoide del canale inguinale in connessione col legamento rotondo.* — L'A. illustra il caso di un tumore avente sede nel canale inguinale, da lui operato.

Esclusa in base all'anamnesi ed all'esame obbiettivo un'ernia dell'epiploon o dell'intestino, escluse un'ernia ovarica o vescicale, scartata l'ipotesi di un sacco erniario vuoto e cistico e di un igroma preerniario, escluse la cisti ateromatosa ed il lipoma, si pensò ad un idrocele muliebre oppure ad un'idrope o tumore cistico del legamento rotondo. La diagnosi differenziale fra queste due affezioni essendo impossibile, venne posta la diagnosi generica di «tumore cistico del legamento rotondo».

L'esame microscopico del tumore dimostrò trattarsi di una cisti dermoide costituita da sola cute con ghiandole e peli.

L'A. tratta dettagliatamente della istogenesi di una tale cisti dermoide, ponendo in rilievo le varie ipotesi istogenetiche che si possono emettere.

COLOMBINO C. *Sul trattamento delle fistole ureteriche colla nefrectomia.* — L'O. illustra due casi analoghi di nefrectomia lombare destra per fistola ureterica, residuata all'estirpazione di grossi tumori fibromiomatosi dell'utero con sviluppo infraligamentare a retroperitoneale. Uno dei reni presenta lesioni estesissime di nefrite e pielite sclerosante; l'altro è sede di idro-pionefrosi con atrofia notevole del parenchima.

Si conosce la frequenza ma non si dà ancora sufficiente importanza alla precocità dell'infezione ascendente nelle fistole ureteriche. È perciò raramente applicabile una terapia conservatrice nel senso della uretero-neostomia, mentre la nefrectomia — quando ne siano date le condizioni permittenti — dovrebbe essere l'intervento di elezione.

D. CESA-BIANCHI.

---

**Premio semigratuito per i signori abbonati al «Policlinico».**

**Prof. F. DURANTE**

**TUBERCOLOSI E SUA CURA A BASE IODICA**

**Affinchè i lettori del «Policlinico» possano formarsi un criterio dell'importanza del libro che costa L. 3,50 ma che ai nostri associati viene ceduto per Una Lira solamente, ne diamo qui appresso il sommario:**

***INTRODUZIONE.*** — Cause della tubercolosi — Essenza del processo tubercolare — Effetti anatomici e clinici del processo tubercolare — Diagnosi della tubercolosi in generale — Id. dell'ascesso freddo — Id. della linfoadenite tubercolare — Id. dell'adenite mammaria e salivare tubercolari — Id. della prostatite tubercolare — Id. della cistite tubercolare — Id. della pielonefrite tubercolare — Id. della peritonite tubercolare — Id. della pilorite tubercolare — Id. della cieco-appendicite tubercolare — Id. della rettite tubercolare — Dell'idrope articolare tubercoloso — Id. della osteite tubercolare — Prognosi — Trattamento igienico e iodico della tubercolosi in genere — Cura della tubercolosi polmonare — Id. della pleurite e peritonite tubercolari — Id. della pilorite e cieco-appendicite tubercolari — Id. della metrite del collo ed endometriti tubercolari — Id. della epididimite ed orchite tubercolari — Id. della prostatite tubercolare — Id. della cistite e pielo-nefrite tubercolari — Id. delle ulcere tubercolari della pelle — Id. della linfoadenite tubercolare — Id. dell'ascesso freddo — Id. delle artrosinoviti tubercolari — Id. dell'osteite tubercolare.

**Per ottenerlo subito, inviare Cartolina-Vaglia da UNA LIRA, unendovi la fascetta d'abbonamento o indicando il numero della medesima, esclusivamente al Prof. Enrico Morelli, Via del Tritone, 46, Roma.**

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### L'insonnia nei cardiaci.

La ghiandola pituitaria, secondo le idee di Salmon, nelle quali convengono i maggiori fisiologi moderni, segregando una speciale sostanza ipnogena capace di interrompere transitoriamente la funzione delle cellule nervose destinate alla elaborazione dei processi psichici, sarebbe l'organo che presiede al sonno. Di guisa che qualsiasi fattore capace di modificare la secrezione di queste ghiandole può portare modificazioni nel sonno, provocando tutti i gradi intermedi fra l'insonnia e il sonno letargico.

Le cause che possono influenzare la secrezione ipofisaria sono molte: l'iperemia o l'ischemia della ghiandola, conseguenza di alterazioni del circolo cerebrale, porteranno ad una iper- o iposecrezione; l'aumento o la diminuzione della pressione sanguigna avranno analoghi effetti; veleni endogeni od esogeni potranno esercitare sulle ghiandole una funzione eccitante o deprimente; il dolore inibirà in via riflessa la secrezione ipofisaria portando quindi all'insonnia; i disturbi della respirazione ostacoleranno egualmente detta funzione secretoria per effetto della deficiente ossigenazione, cui essi si associano.

Lo Sbrocchi, in una rivista sintetica (*Riv. crit. di clin. med.*, n. 8, 1915), si occupa di dimostrare come tutti questi momenti patogenetici dell'insonnia si manifestino nelle cardiopatie.

I vizi cardiaci, finchè non si abbia la perfetta compensazione da parte del cuore, per i loro effetti sulla circolazione periferica si possono distinguere in anemizzanti e non anemizzanti.

Fra i vizi anemizzanti, e quindi causa di iposecrezione pituitaria, trovansi la stenosi mitralica, l'insufficienza aortica e la stenosi aortica. Nella stenosi mitralica, l'insonnia spicca su quadro sintomatologico, appunto perchè in esso l'ipertrofia compensatoria, a differenza degli altri due vizi aortici, tarda a svilupparsi e non si mantiene costante. Per la insufficienza aortica qualche volta è il disturbo subbiettivo prodotto dalla cefalea pulsatile che può, per via inibitoria, portare l'insonnia .

Nelle altre malattie cardiache, che non sono anemizzanti, l'insonnia manca; durante il periodo del compenso essa può manifestarsi soltanto quando il malato siasi assoggettato a gravi strapazzi, ai quali il cuore leso, e quindi privo di forze di riserva, non può rispondere adeguatamente: sicchè viene a soffrirne il circolo sanguigno, ed accanto alla dispnea da sforzo compare l'insonnia. Accade infatti assai spesso al medico di sentir narrare dagli infermi cardiaci come essi, dopo una giornata di fatica, abbiano passato una notte insonne, e solo al mattino (quando cioè col riposo si è ristabilito il circolo cerebrale ed insieme pituitario) si sono addormentati. Questa insonnia, che si potrà dire da sforzo, può manifestarsi anche nelle cardiopatie anemizzanti, aggravandone gli effetti. Essa non va influenzata coi narcotici ma col semplice riposo.

Vi sono cardiopazienti, e sopratutto quelli affetti da cardiopatie arteriose, nei quali l'insonnia è di indole tossica, e dipende dal rene, che è incapace di eliminare le tossine formantisi normalmente nell'organismo; questa insonnia, accompagnata da speciale agitazione, precede spesso l'esplosione della dispnea.

Quando la dispensa siasi stabilita, a sua volta può divenire causa di insonnia. Infatti il paziente affannato ha bisogno di star desto, per coadiuvare la sua difficoltosa respirazione mediante l'ausilio di tutti i muscoli volontari, e in realtà per poco che egli si assopisca e si rallenti quindi tale sforzo respiratorio, il suo sangue si carica di anidride carbonica, obbligandolo ad improvviso e penoso risveglio.

L'insonnia può essere inoltre provocata in via riflessa dall'esistenza del dolore, come si verifica appunto nei cardiopatici arteriosi con aortite: nei quali casi la malattia porta già di per sè stessa nel suo corteo sintomatologico l'insonnia ligata al deficiente circolo cerebrale, alla tossiemia renale, alla dispnea.

Infine tutti questi fattori già ricordati, i quali non mancano mai ed in forma più o meno imponente nel periodo dello scompenso, concorrono allo stabilirsi dell'insonnia durante l'asistolia; questa insonnia, che toglie ai cardiopatici scompensati qualsiasi riposo di giorno e di notte, cede alla fine quando gravi alterazioni si stabiliscono nelle cellule nervose, in modo che si ingenera quello stato di sopore che prelude al coma finale.

Va in ultimo ricordata l'insonnia, che fa parte del quadro sintomatico del morbo ceruleo; in questa malattia, per l'esistenza della comuni-

cazione interventricolare, esiste un profondo disturbo dell'ematosi, sicchè ogni organo ed ivi compreso quello che presiede al sonno, viene pel sovraccarico sanguigno di acido carbonico, ostacolato ed intossicato nella sua funzione.

G. SABATINI.

## Sull'asma cardiaco nei bambini.

ROHMER (*Münch. mediz. Wochenschr.*, 1914, n. 43. In soggetti cardiopazienti, e specialmente in quelli affetti da sclerosi delle arterie coronarie, insorgono spesso improvvisi attacchi di asma (il cosiddetto asma cardiaco), i quali devono, venir ben distinti dalla comune dispnea dei cardiopatici. L'attacco di asma cardiaco è spesso lieve e della durata di poche ore, ma può anche durare parecchi giorni e dar luogo a dispnea profonda e ad una grave sensazione subiettiva di angoscia; il volto è d'ordinario pallido, ma talora anche cianotico; il polso suole essere piccolo, molle, ineguale, irregolare; non di rado insorge edema polmonare che determina la morte. Secondo la maggioranza degli autori l'asma cardiaco è dovuto alla insufficienza acuta del ventricolo sinistro, mentre il cuore destro continua a funzionare con energia, ciò che porta ad una stasi sanguigna nel polmone.

L'A. rileva come nei trattati che riguardano la patologia del cuore nei bambini non si faccia menzione dell'asma cardiaco; e ritiene perciò interessante comunicare una sua osservazione personale riguardante appunto una bambina di 6 anni, accolta all'ospedale per vizio cardiaco scompensato. Mediante una cura opportuna si ottenne il compenso; ma ad un tratto, e senza alcun sintomo prodromico, insorse un accesso d'asma cardiaco, che determinò la morte per edema polmonare.

V. FORLÌ.

# TERAPIA.

## I pericoli della prescrizione del felce maschio con l'olio di ricino.

La felce maschio agisce come un antielmintico perchè stordendo i parassiti intestinali fa sì che questi allentino la loro presa alla parete intestinale e siano trasportati nel basso intestino, donde sono espulsi in conseguenza della azione lassativa della stessa felce. Il colore verde dell'estratto etereo di felce maschio è dovuto alla clorofilla. L'azione della droga varia a seconda della località e dell'epoca dell'anno nella quale è stata raccolta, e del metodo di preparazione. Recentemente sono state fatte delle ricerche per identificare il principio attivo. Gmeiner ha dimostrato che l'85-90 % dell'estratto consta di un grasso e di clorofilla, che non hanno alcuna azione antielmintica. Il residuale 10-15 % è costituito da una miscela di acidi organici, di cui il più importante è l'acido filicino. Kraft ha isolato un acido amorfo, aspidinolfilicino, che è stato ritenuto il principio attivo antielmintico della droga. La dose medicamentosa dell'estratto è ordinariamente di 2-4 grammi per i bambini, e di 6-8 grammi per gli adulti; possono essere anche somministrati fino a 10 grammi e più, ma una dose di 15 grammi deve considerarsi pericolosa.

Sono stati riferiti parecchi casi nei quali la somministrazione di estratto di felce maschio insieme ad olio di ricino ha provocato sintomi allarmanti ed anche la morte. Si è supposto che il principio attivo dell'estratto è facilmente solubile negli alcali e nei grassi, donde la necessità di sostituire il calomelano all'olio di ricino per l'espulsione dei vermi storditi.

Robert osserva che l'azione antielmintica dell'estratto è dovuta al butanone, che è facilmente solutbile negli olii e quindi allorchè esso è somministrato insieme ad un olio, riesce velenoso non solo per i parassiti ma anche per l'ospite. Egli è perciò d'avviso che si debba inibire l'ingestione di olii, e particolarmente dell'olio di ricino, insieme ed immediatamente dopo la somministrazione della felce maschio. Esperimenti fatti sui conigli hanno dimostrato che l'estratto è assorbito lentamente dall'intestino, ma quando sia combinato con olio l'assorbimento ne è rapidissimo.

Schrotten (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1914) riferisce un caso di avvelenamento dovuto alla somministrazione contemporanea di felce maschio ed olio di ricino. Una donna di 27 anni era stata ricoverata in ospedale 6 mesi prima per reumatismo alle braccia ed alle gambe. Ultimamente la sua pelle si era pigmentata: si sospettò una malattia delle vie biliari e del sistema surrenale. Avendo detto al proprio medico di avere avuto dei vermi le furono somministrate delle capsule di estratto di felce maschio e di olio di ricino. Il giorno seguente cominciò a vomitare e ad accusare una grave debolezza, non dolori. Il giorno appresso ebbe convulsioni e diventò muta. Quando fu ricoverata all'ospedale era incosciente, non c'era febbre nè sudore, l'estremità erano fredde.

La faccia, gli avambracci, le mani, i capezzoli, il monte di Venere avevano un colorito bruno. I polmoni, il cuore erano normali; il polso molto piccolo e molle. Le urine contene-

vano molta albumina, acetone, etere aceto-acetico, ma non zucchero. Le feci non contenevano vermi. Le pupille reagivano prontamente alla luce ed era presente il riflesso corneale. I riflessi patellari ed achillei erano pure presenti e non vi erano paralisi. Malgrado le varie cure, l'inferma morì il giorno dopo l'internamento in ospedale. La necroscopia mise in evidenza parecchie emorragie puntiformi sulla parete del cuore e dei grossi vasi. Vi erano pure numerose emorragie nella pia madre e nella mucosa dello stomaco e dell'intestino. Nel grosso intestino e nella porzione bassa del tenue si trovò del muco ematico. Le capsule surrenali erano completamente caseificate, mentre erano sane ed iperplastiche le surrenali accessorie. La morte fu attribuita ad avvelenamento da felce maschio in individuo affetto da morbo di Addison latente.

DR.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(513) *Sul trattamento della piorrea alveolare.* — Nella pregevole prolusione del prof. Piperno riportata nel n. 9 del « Policlinico » si fa cenno dei *vaccini* opsonici del Wright e di un *trattamento* che rimedi alla povertà in solfocianuro di potassio nella saliva. Come si usano i primi e come si può ottenere il secondo?

Abbonato N. 2337.

I. — La cosidetta piorrea alveolare non sembra ai moderni stomatologi una malattia, ma un gruppo di malattie con risultato finale consimile. In alcuni casi l'origine può trovarsi nell'alterato ricambio materiale, in altri in un'infezione da *endoameba buccalis*, in altri in un'infezione batterica. Nel primo caso, oltre ad un trattamento igienico locale, che deve esser tentato in tutti i pazienti con piorrea alveolo-dentale, si rende necessaria una cura generale; nel secondo possono riuscire vantaggiose le iniezioni locali con soluzione di cloridrato di emetina al 0.5 per cento; nel terzo darà notevoli risultati l'uso di un vaccino da colture di microrganismi estratti dalle tasche piorroiche dei singoli individui.

La casa Parke, Davis e C. ha combinato un vaccino polivalente speciale « *Pyorrhea Bacterin* » che rappresenta colture, accuratamente scelte da casi di piorrea, di *Streptococcus pyogenes* (il più costante nelle tasche piorroiche), di *Staphylococcus albus* e di *Diplococcus pneumoniae* (il più comune invasore dopo lo streptococco). Il Medalia di Boston usa un vaccino così combinato per ogni dose: vaccino pneumococcico da 50 a 100 milioni di germi emulsionati, vaccino stafilococcico da 50 a 300 milioni e vaccino streptococcico da 15 a 75 milioni. Incomincia con dosi minime iniettando il vaccino nel braccio mediante iniezioni profonde sottocutanee o intramuscolari. L'intervallo delle iniezioni è da 5 a 8 e a 14 giorni a seconda del miglioramento della malattia. La reazione locale è di poco conto e temporanea.

Per maggiori delucidazioni consultare:

Gaultier. « Les opsonines et la thérapeutique opsonisante par les vaccins de Wright ». Bibl. des Actualités médicales. Paris, 1909, Baillière. — Merritt. « The protective substances of the blood in their relation to Pyorrhea alveolaris ». Dental Cosmos, 1909, p. 44. — Medalia. « Chronic Alveolar osteomyelitis: its treatment with vaccines ». Dental Cosmos, 1913, January, July.

II. — Alcuni autori ammettono che la presenza in maggiore o minor quantità di solfocianuro potassico nella saliva sia in rapporto diretto con l'immunità o la predisposizione alla carie dentale. È necessario quindi conoscere il mezzo di farne la ricerca nella saliva e di rimediare alla sua deficienza.

*a*) Per rendersi conto se la quantità di KSCN nella saliva è sufficiente, si aggiunge un poco d'una soluzione di cloruro ferrico in una provetta contenente 5-6 grammi di saliva da analizzare. Se il liquido diventa rosso è segno che nella saliva vi ha quantità sufficiente di KSCN; se resta di colore arancio ve ne ha in poca quantità, e manca del tutto qualora la tinta risulti di color giallo chiaro.

*b*) Per arricchire di KSCN la saliva che ne è povera, piuttosto che ricorrere alla somministrazione interna del rimedio (meno pericolosa è l'ingestione di solfocianato di sodio nella dose giornaliera di 30 a 50 centigr., immediatamente dopo la colazione per periodi da 5 a 12 giorni), è preferibile il metodo di Andresea di Copenhagen che consiglia la soluzione al 1/2 per 1000 di KSCN usata come dentifricio liquido. Secondo l'A. l'azione del rimedio si farebbe sentire dopo il suo impiego per cui sarebbe provocata un'azione riflessa che farebbe aumentare la secrezione del sale nella saliva.

Vedi: Michaels. « Ergebnisse der gesampten Zahnheilkunde ». 1910, n. 1, p. 436. — Gies. « Relation of sulfocyanate to dental caries ». Dental Cosmos, January 1913, February 1914.

A. PIPERNO.

(514) Al dott. A. G. abb. 7335.

Non conosciamo il preparato di cui fa cenno l'abbonato ed in generale non ci occupiamo di specialità cosmetiche.

I componenti delle tinture più comuni sono a base di bismuto, acido pirogallico, nitrato di argento, perossido d'idrogeno, foglie di *henna* o *alkanna* (lausonia inermis) ecc. Nella « Terapia delle malattie della pelle » del Jessner » (Unione Tipografico editrice, pag. 515 e seg.) l'abbonato troverà notizie più dettagliate.

È facile che una tintura, innocua per persone sane (a parte la sensibilità individuale, che varia da soggetto a soggetto, verso le sostanze contenute nelle tinture e che spesso è causa di eczemi, dermatiti, ecc.), diventi invece nociva, anche soltanto localmente, in un individuo la cui resistenza organica sia diminuita, p. e., da lesioni renali ed occorre perciò la massima cautela nell'uso di tali cosmetici. V. MONTESANO.

## VARIA.

**Come si è perfezionata la freccia che lanciano gli aviatori.** — Una delle armi curiose della presente guerra è la freccia, l'arma dell'antichità. L'idea di ripristinarla — nota l'aviatore inglese Claude Grahame-White — è venuta dalla Francia, dove si studiò un'arma che potesse dai velivoli usufruire, come le bombe, della legge di gravità per acquistare una grande forza. La freccia parve la più indicata e due anni or sono furono fatti i primi esperimenti con una freccia di metallo grave e acuminata, che risultò troppo grossa, perchè sul velivolo ne potevano esser caricate ben poche. Si ricorse ad un tipo più piccolo, ad una freccia di acciaio leggera, ma assai acuminata, di una superficie composta di quattro lati taglienti. Queste piccole frecce — dice la *Perseveranza* — si usano oggi impacchettate in numero di cinquanta e l'aviatore in guerra le porta con sè nella sua macchina. I pacchi di freccie si possono aprire facilmente ad una estremità, e aperto il pacco, la pioggia di freccie cade irregolarmente, fendendo l'aria con terribile rapidità.

Le prime prove vennero fatte su dei buoi che pascolavano tranquillamente in un campo. L'aviatore passando sopra gli animali ad un'altezza di duemila metri, lasciava cadere le frecce, che passavano addirittura le povere bestie da parte a parte e si configgevano nel terreno, lasciando i buoi uccisi istantaneamente. Si potè argomentare subito che una freccia, anche lanciata da pochi metri, avrebbe potuto uccidere un uomo. Il primo uso delle freccie si fece nella guerra attuale in settembre, quando gli aviatori francesi attaccarono truppe tedesche al bivacco. In uno dei primi attacchi l'aviatore passò sopra uno squadrone di cavalleria ad una altezza di milletrecento metri, e tredici uomini rimasero uccisi o feriti, oltre ad alcuni cavalli. L'attacco costituì una sorpresa straordinaria, perchè i cavalieri tedeschi non potevano assolutamente vedere le freccie che scendevano a colpire uomini e cavalli. La bomba è visibile, ma le freccie son così piccole che l'occhio non le può percepire nel loro viaggio. Dopo questo attacco ne vennero fatti altri su truppe in marcia e recarono danni gravissimi. Il soldato che è colpito da una freccia al capo, muore istantaneamente. Se essa colpisce una spalla, penetra così profondamente nel corpo da infliggere una ferita mortale, e l'uomo che è colpito ad un braccio o ad una gamba, è ridotto assolutamente all'impotenza. Le freccie possono cadere dagli aeroplani quasi come una pioggia vera e continua.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Problemi sanitari di guerra.* Editori: Ravà e C.

È una raccolta di volumetti popolari, che ha lo scopo d'informare gl'italiani sui complessi problemi che riguardano la preparazione e la difesa sanitaria del nostro esercito, dell'armata e della popolazione civile.

La collezione è diretta da un comitato presieduto dal senatore prof. Alessandro Lustig e composto dai professori Enrico Burci, senatore Antonio Carle, Riccardo Galeazzi, Ferdinando Livini, Vittorio Putti, generale Filippo Rho.

Sono per ora in vendita i seguenti volumetti: 1. A. Lustig, senatore del Regno: « La difesa della popolazione civile ». — 2. R. Galeazzi, direttore del Pio istituto rachitici di Milano: « Le moderne provvidenze per i mutilati in guerra ». — 3. Prof. Giovanni Grixoni, maggiore medico: « La difesa contro il tifo (vaccinazioni) ». — 4. Pietro Rondoni, professore di bacteriologia a Firenze: « La difesa contro il colera (vaccinazioni) ». — 5. Donato Ottolenghi, professore all'Università di Pisa: « La provvista dell'acqua potabile ». — 6. Taddei, professore della R. Università di Siena: « Ferite da moderne armi da fuoco ». — 7. Achille Sclavo, professore alla R. Università di Siena: « L'igiene del soldato ». — 8. Dott. V. Perego, tenente colonello medico: « Sgombero dei feriti e degli ammalati in guerra ». — 9. Dott. G. Massarotti, maggiore medico: « Ospedalizzazione militare in guerra ». — 10. Prof. Giani, colonnello medico dell'esercito: « La difesa contro le malattie veneree ». — 11. Prof. Guido Guerrini: « Lo strapazzo fisico ». — 12 Prof. G. Boschi, vice-direttore del Manicomio di Ferrara: « Le nevrosi traumatiche in guerra ».

Seguirà una seconda serie di altri 12 opuscoli. Ogni volumento costa centesimi 10.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

*Federazione degli Ordini dei medici.* — In una circolare il presidente L. Silvagni, dopo aver trascritto il noto comunicato delle Presidenze A. N. M. C. e F. O. M. (vedi fasc. 23, pag. 775), aggiunge:

« In questi giorni nei quali si è iniziata la guerra per le nostre altissime idealità nazionali, io sento il dovere di dichiarare agli Ordini federati che io sono a loro completa disposizione per ogni azione che credessero di richiedermi.

« I medici che non sono tra i combattenti vigileranno e proteggeranno la salute pubblica delle nostre popolazioni delle città e delle campagne, e sapranno assistere con amichevole colleganza le famiglie dei nostri colleghi che sono stati richiamati o che si sono offerti volontariamente alla Sanità militare e alla Croce Rossa.

« L'augurio fervido che tutti noi rivolgiamo perchè la fortuna delle armi dia la vittoria alla nostra Patria ci trova oggi tutti uniti e concordi, e l'unanime sentimento del dovere compiuto darà a noi nuovo e giustificato orgoglio di avere sempre anteposte l'assistenza e la protezione di tutti i sofferenti a ogni altra nostra aspirazione, a ogni nostro legittimo desiderio ».

*Ordine dei medici della provincia di Palermo.* — Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Palermo, nella riunione del 22 giugno 1915, udite le comunicazioni del presidente riguardanti la preparazione della assistenza sanitaria nel caso in cui per le esigenze della guerra occorresse in città od altrove sia per servizi militari o civili un maggior contingente di personale medico;

apprezzando la prontezza con cui tutti gli inscritti nell'albo, che non avevano obbligo di servizio militare, hanno risposto all'invito della Presidenza, mettendosi a disposizione dell'Ordine per ogni possibile evenienza;

loda lo slancio ed il senso di elevato patriottismo che spingono la classe nello aedmpimento del dovere confermando le nobili tradizioni del passato;

e tributa a tutti i medici della città e provincia un voto di plauso per lo spirito di disciplina di cui hanno dato prova, e per il contributo di operosità che sono disposti a dare nell'attuale momento decisivo per la grandezza e l'indipendenza della Patria.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici nella riunione del 22 giugno 1915, udita la comunicazione del presidente riguardante la chiamata sotto le armi di molti sanitari inscritti nell'albo della provincia di Palermo, molti dei quali già si trovano nella zona di guerra a prestare la loro opera di soccorso e di sollievo ai feriti per la Patria, sfidando innumerevoli disagi, fatiche, pericoli e le insidie del nemico, per compiere la santa missione, di cui sono investiti, di scienza e di pietà;

interprete del pensiero di tutti i sanitari della città e provincia di Palermo, invia loro un fervido e fraterno saluto, e, mentre si augura di vederli ritornare orgogliosi del contributo prestato, si compiace che il fervore di fede, l'abnegazione e la virtù che essi pongono nell'adempimento del dovere varranno ad accrescere le benemerenze della classe sanitaria e a rendere più grande, più stimato e rispettato il nome d'Italia.

*Ordine dei Medici-Chirurgi di Napoli.* — Si avvertono tutti i colleghi, che non ancora hanno curata la loro iscrizione all'albo dei Medici-Chirurgi, di mettersi sollecitamente in regola con quest'Ordine, diversamente tutte le loro domande, inviate alle autorità militari e civili per la mobilitazione sanitaria, non avrebbero alcun effetto in caso di possibile nomina in uno dei suddetti rami di servizio sia pur temporaneo. Ciò valga di avviso anche per i laureati di quest'anno, abbiano o meno impegni di leva, i quali intendano essere adibiti eventualmente come medici sia dal Ministero della Guerra che da quello dell'Interno.

*Pro e contro l'on. Brunelli.* — Dopo l'Ordine dei medici di Reggio Emilia (vedi fasc. 23, pag. 775), hanno deplorato il voto dell'on. Brunelli, contrario all'intervento italiano, gli Ordini dei medici di Firenze e Piacenza e le Sezioni di Firenze, Piacenza e Parma dell'A. N. M. C.; hanno riconfermato la loro fiducia nell'on. Brunelli l'Ordine dei medici di Milano, i presidenti delle Sezioni Venete ed il Consiglio centrale di Presidenza dell'A. N. M. C.

In seguito ad una polemica suscitata dal « caso Brunelli » in seno alla classe medica piacentina, l'on. Bussi ha rassegnato, in segno di solidarietà con l'on. Brunelli, le dimissioni dalla Sezione, aggiungendo che la legge gli vieta di fare altrettanto per l'Ordine ma che provvederà in altra guisa.

Della questione si sono occupati anche alcuni giornali medici.

L'on. Brunelli così si esprime intorno a queste manifestazioni (*Il Med. Cond.*, 20 giugno):

« .... Torno a contestare il diritto nelle organizzazioni professionali, Ordini e Sezioni della nostra Associazione, di chiedermi ragione della mia condotta politica, della quale devo rispondere a chi mi ha dato il mandato parlamentare. Se qualche Ordine e Sezione nel desiderio di avere in Parlamento una voce di più a difesa dei legittimi interessi di classe e di quelli non meno importanti dei servizi sanitari ha contribuito in qualche modo alla mia elezione lo ha fatto *spontaneamente*, ben sapendo del resto che cosa essa significasse, perchè io non ho mai messo la sordina alla mia propaganda politica.... ».

*Il titolo di medico chirurgo dentista.* — Il 16 settembre dello scorso anno il pretore di Arezzo assolveva per inesistenza di reato il dentista Egidio Pilade Raffaelli, denunciato dal dott. Pilade Fabbri per essersi arrogato indebitamente il titolo accademico di medico-chirurgo-dentista senza essere provvisto della laurea rispettiva. Nelle sue motivazioni il pretore afferma che il titolo più adatto e più noto per un dentista del genere del Raffaelli (autorizzato per le disposizioni transitorie della legge 31 marzo 1912) non è quello di dentista e neppure di odontoiatra, ma è quello di medico-chirurgo-dentista.

La sentenza ebbe una grande eco nella classe sanitaria e provocò, fra le altre, due solenni manifestazioni di protesta all'ultimo Congresso della Federazione degli Ordini e all'assemblea annuale dell'Ordine di Milano. Un'esauriente risposta al pretore di Arezzo fu data dall'avvocato G. Sinigaglia, vice-pretore di Torino, il quale in un processo analogo emanò una magnifica sentenza nella quale sono confutate punto per punto le argomentazioni del suo collega aretino.

Il Raffaelli, non contento di ciò, conveniva avanti il pretore del II Mandamento di Firenze il Fabbri per averlo denunziato arbitrariamente all'autorità giudiziaria, chiedendo la condanna di lui al risarcimento dei danni nella somma di lire 1500. Il pretore con sentenza 26 novembre-10 dicembre 1914 ammetteva la richiesta del Raffaelli.

Avverso tale sentenza il Fabbri interponeva appello assistito dagli avvocati Tito Martelli ed Enrico Sadun di Firenze. La nuova causa ebbe luogo innanzi al Tribunale civile di Firenze, Sezione II, il quale, con sentenza letta all'udienza del 5 maggio 1915, rigettò la domanda di indennizzo del Raffaelli affermando che « denunziare un fatto che si ritiene costituisca reato di azione pubblica costituisce un diritto del cittadino e che la erronea opinione giuridica in cui questi eventualmente versi non può fondare una sua responsabilità civile, perchè solo all'autorità giudiziaria è devoluto l'apprezzamento del se sussistano nei fatti denunziati estremi tali da autorizzare l'inizio di un procedimento penale; onde quell'errore, o non ha in sè l'efficacia di dar vita ad un procedimento penale, o, se in effetti lo ha provocato, non è imputabile al cittadino, ma all'atto civilmente irresponsabile del magistrato ».

# RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

## Ufficiali sanitari, medici condotti e veterinarii consorziali, pubblici ufficiali.

*Non solamente l'ufficiale sanitario ma anche il medico condotto ed il veterinario comunale o consorziale è un pubblico ufficiale.* (Cassazione di Roma, 11 settembre 1914).

Secondo la precedente giurisprudenza si attribuiva la qualifica di pubblico ufficiale solamente all'ufficiale sanitario. Il medico condotto ed il veterinario municipale non erano considerati come tali. Si giunse, perfino, a negare a costoro la qualifica di persone rivestite di pubbliche funzioni.

Di fronte al tassativo disposto dell'articolo 207 del Codice penale che dichiara pubblici ufficiali coloro che sono rivestiti di pubbliche funzioni, anche temporanee stipendiate o gratuite, a servizio dello Stato, delle Provincie o dei Comuni o di un istituto sottoposto per legge alla tutela dello Stato, della Provincia o del Comune, la cosa sembrava assolutamente inesplicabile.

Ben, quindi, la succitata sentenza della Cassazione Romana, a rimuovere ogni fallace interpetrazione ed ogni dubbio ed incertezza nella applicazione della legge, ha dichiarato che l'ufficiale sanitario, il medico condotto ed il veterinario incariti per proprio ufficio della tutela della sanità pubblica e della assistenza sanitaria sono, per ogni effetto di legge, considerati come pubblici ufficiali.

Dalla qualifica di pubblico ufficiale attribuita ora ai medici condotti ed ai veterinarii, acquistano tali professionisti prestigio maggiore verso il pubblico e la loro opera, diretta al supremo fine di garentire l'incolumità della pubblica salute, diventa più autorevole ed efficace.

Crediamo non inutile ricordare che l'offesa al loro onore, alla loro reputazione ed al loro decoro, commessa con parole ed atti in loro presenza, è considerata dal Codice penale come oltraggio, cioè, come delitto perseguibile anche di ufficio. Esso è severamente punito e la pena è

maggiore se l'offesa sia eventualmente accompagnata da atti di violenza o di minaccia.

Ricordiamo, eziandio, che il colpevole non è ammesso a provare la verità e neppure la notorietà dei fatti o delle qualità attribuite all'offeso e che, in fine, è aumentata da un sesto ad un terzo la pena stabilita per qualsiasi altro delitto commesso nella persona di un pubblico ufficiale a causa delle sue funzioni.

**Farmacia - Assistenza - Coadiuvazione nell'esercizio.**

*Il titolare di una farmacia può farsi coadiuvare sotto la sua direzione e presenza da un commesso munito di patente, ma sfornito dello speciale titolo di abilitazione. Cade, pertanto, in contravvenzione chi in caso di temporaneo impedimento od assenza, affidi a detto commesso la continuazione in sua vece dell'azienda.* (Cassazione di Roma, 7 dicembre 1914).

Richiamiamo l'attenzione dei lettori su questa importante massima stabilita dalla Cassazione di Roma in tema di sostituzione e coadiuvazione del farmacista diplomato nella direzione, anche temporanea, di una azienda farmaceutica.

È risaputo che la legge sanitaria (Testo unico del 1° agosto 1907) disponeva nello articolo 56 che ogni farmacia destinata all' uso pubblico dovesse avere per direttore un farmacista legalmente approvato, che dimorasse in permanenza nell'azienda. La nuova legge sulle farmacie con l'articolo 14, modificando sostanzialmente tale disposizione, stabilisce che il titolare autorizzato di una farmacia, pur rimanendo personalmente responsabile del regolare esercizio dell'azienda, può farsi sostituire temporaneamente da un farmacista laureato o diplomato, dandone avviso al Prefetto. Determina, eziandio, che il Prefetto, sentito le Giunte comunali ed il Consiglio provinciale di sanità, dà le norme e gli orarii per il regolare esercizio delle farmacie nella provincia, tenendo anche conto della necessità in taluni centri del servizio notturno e del riposo settimanale a turno. Dal che si deduce che la nuova legge mentre ha mitigata la troppo assoluta disposizione della precedente secondo cui il farmacista non poteva muoversi nemmeno per un istante dalla propria azienda, ha bellamente contemperato la necessità di garentire il regolare andamento di uno dei più importanti e delicati rami di servizio, disponendo che durante le assenze temporanee del titolare possa egli farsi sostituire da un assistente laureato o diplomato. Non può, però, essere chiamato a sostituirlo chi non sia diplomato, che non abbia, cioè, sostenuto l'esame pratico stabilito dallo articolo 61 della legge sulle farmacie. Colui che è fornito del semplice patentino può attendere alla spedizione delle ricette sol quando sia presente il titolare, perchè in tal caso egli agisce sotto la immediata e diretta sorveglianza e responsabilità di lui, ma non quando il titolare sia assente o temporaneamente impedito perchè la sostituzione, deve allora, a norma di legge, essere fatta a mezzo di altro farmacista o di persona che abbia almeno superato l'esame per il diploma di abilitazione.

**Medici di opere pie - Ineleggibilità a consiglieri provinciali.**

*Il direttore di un ospedale, inscritto nella pianta organica del personale tecnico dell'Istituto, è ineleggibile a consigliere provinciale, nonostante il posto sia tenuto « ad honorem » senza stipendio.* (Corte di appello di Genova, 18 dicembre 1914).

La Corte ha osservato che il medico direttore di un ospedale è pur sempre in rapporto, non ostante la gratuità dell'impiego, con la Commissione provinciale di beneficenza da un lato e con la Giunta provinciale amministrativa dall'altro. Con la prima per la potestà che essa ha, fra l'altro, di vigilanza a che le varie forme di assistenza e di beneficenza così nell'intera provincia come nei singoli comuni ricevano razionale coordinamento, di richiedere l'autorità governativa perchè proceda ad ispezioni sui relativi servizii, ecc., ecc.; con la seconda per la competenza che essa ha in tema di provvedimenti disciplinari che fossero per avventura adottati in confronto degli impiegati e dei quali costoro si reputassero gravati. Or poichè il Consiglio provinciale procede alla nomina dei membri elettivi tanto dell'uno quanto dell'altro consesso, è doveroso ammettere che non concorra col suo voto alla designazione colui che potrebbe trovarsi nella condizione di essere da essi giudicato, potendosi in tesi astratta giudicare che chi ha in sua mano la elezione dei suoi giudici possa eventualmente guidarne il giudizio. Tale inconveniente non si evita con la gratuità dell'ufficio, perchè in tal caso si ha sempre lo stesso interesse ad uscir libero da accuse, per quanto possano essere in concreto insussistenti ed infondate.

La Corte ha pure giustamente osservato che non è neanche sufficiente l astensione per essere sicuri della indipendenza e della serenità del giudizio, perchè, come ognuno ben può comprendere, può influire sull'animo di coloro che dovranno prendere a suo tempo il provvedimen-

to giurisdizionale, anche il semplice fatto dello interessamento adottato dal sanitario consigliere provinciale per la riuscita di quelle determinate persone. Se egli le abbia raccomandate agli amici, se ne abbia esaltato il valore scientifico e morale, se abbia, nel periodo precedente alla elezione, centuplicata la propria attività per ottenere che partecipasse alla seduta il maggior numero possibile di personali suoi amici, non può mettersi in dubbio la esistenza di un vincolo di gratitudine fra l'eletto e quel tale elettore, non ostante che costui siasi in ultimo volontariamente astenuto dal voto.

Doctor JUSTITIA.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5338) *Medico condotto unico nel Comune - Accettazione di nomina ad ufficiale medico nel Regio Esercito.* — Il Dott. abbonato n. 7164, unico medico condotto del suo Comune di terza categoria e prosciolto, anzi, per ragione di età, da ogni obbligo di militare servizio, desidera conoscere se il Comune possa opporsi a che egli accetti la nomina volontaria ad ufficiale medico del R Esercito, se può egli spontaneamente rifiutarsi, e se, accettando, abbia diritto alla conservazione del posto e dello stipendio per la intera durata della guerra.

Il Comune ha il diritto di chiedere la di Lei dispensa dalla chiamata alle armi come unico medico condotto che trovasi sul posto. Per la stessa ragione Ella potrebbe declinare l'invito, qualora Le fosse fatto dalla autorità competente. In ogni caso trattandosi di prestazione volontaria non sarebbe applicabile il disposto dello articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili e non potrebbe, quindi, ottenere la conservazione del posto e dello stipendio per la intera durata della guerra.

(5339) *Pensioni.* — Al dott. A. F. da T. E. rispondiamo che per ottenere la pensione minima occorre espletare 24 anni e 6 mesi di servizio. In tale condizione e con 57 anni di età liquiderebbe annue lire 989. Per essere collocato a riposo ora, bisogna dimostrare di essere in condizioni di salute tali da non poter più prestare servizio utile. In tal caso liquiderebbe per una volta tanto una indennità proporzionale ai due terzi del capitale accumulato nel conto individuale, nel modo che sarà indicato nel regolamento, che non è stato ancora redatto e pubblicato.

(5342) *Chiamata sotto le armi.* — Al Dott. abbonato n. 522 rispondiamo che per l'età che attualmente ha non può essere chiamato sotto le armi, essendo da tempo prosciolto da ogni obbligo di militare servizio. Però, essendo Ella ufficiale dimissionario, può secondo noi essere nuovamente riassunto in servizio e reintegrato nel grado che prima copriva. Occorre fare domanda in carta da bollo al Ministero della guerra, Ispettorato generale di sanità militare, unendo copia del decreto con cui furono, a suo tempo, accettate le dimissioni.

(5344) *Vendita di medicinali a dose e forma di medicamenti.* — Il Dott. L. T. da S. G. di B. chiede se possa essere dichiarato in contravvenzione alla legge sanitaria per avere somministrato, qualche volta anche senza compenso, ai proprî clienti tavolette di sublimato e garze e cotoni idrofili.

Al medico non è consentito somministrare, sia pure gratuitamente, medicinali ai proprî clienti, giacchè tal fatto nuoce agli interessi dei farmacisti locali. Il divieto è anche più stretto se trattasi, come nel caso esposto, di veleni. Nè può nel fatto essere allegata l'urgenza perchè, come Ella dice, sul posto esiste regolare farmacia.

(5345) *Ricchezza mobile.* — Al Dott. A. A. da C. rispondiamo che sullo stipendio di lire 2200 ricade ora la ricchezza mobile di lire 189.75 annue pari a lire 15.81 al mese. A questa somma dovrà essere aggiunto l'aggio che si corrisponde allo esattore e che è diverso da comune a comune.

(5347) *Sdoppiamento di condotte - Provvedimento della G. P. A. - Ricorso - Termine.* — Il Dott. V. C. da M. J. desidera conoscere se avverso la decisione della G. P. A. che ha deliberato per ragione di servizio lo sdoppiamento di una condotta possa il Comune ricorrere al Consiglio di Stato od al Governo del Re ed in quale termine e se possa sostenere di essere stato colpito da malaria per ragione di servizio esercitando il suo ufficio di medico condotto in una zona eminentemente malarica.

Contro le decisioni della G. P. A. con cui, udito il Consiglio provinciale sanitario, si provvede allo sdoppiamento di una condotta medico-chirurgica è ammesso ricorso al Governo del Re, giusta quanto prescrive l'articolo 24 del Regolamento generale sanitario. In detto articolo non è indicato termine speciale, cosicchè bisognerà attuare quello generale prescritto dallo articolo 328 della legge comunale e provinciale, che è di giorni 30 dalla notifica. Dal momento che il territorio del Comune è eminentemente malarico, crediamo che si possa ben sostenere che l'infezione sia stata da Lei presa nell'esercizio delle funzioni di medico condotto ed a causa del medesimo.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. *Ospedale Civile «Umberto I»*. — Cercasi subito medico assistente, esente servizio militare. Stipendio 1080, alloggio e servizio; vitto tutti i giorni, qualche incerto, nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione medica.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Due condotte mediche del capoluogo e condotta di Civitella; L. 4000 lorde per cura piena. Età massima anni 35, salvo eccez. regol. Scadenza 20 luglio.

CANTIANO (*Pesaro*). — Seconda condotta semiresidenziale; L. 4200, senz'obbl. cavalc. Proroga al 10 luglio. Accettaz. entro 20 giorni, servizio entro 30. Ab. 4658, di cui 2502 nel reparto, di ettari 4100; ospedale con camera operatoria.

* CARPEGNA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta per 3 comuni consorziati; a tutto 20 luglio; L. 3000 fino a 1000 poveri (sono circa 600), L. 300 quale U. S., L. 50 per ogni 100 o frazione di 100 semiabbienti, L. 700 per cav.; tre sess. su L. 3000; per i parti L. 20-30; assicur. Accettaz. entro 15 giorni, salvo gravi ragioni.

FORLÌ. *Ospedale Civile*. — A tutto il 15 luglio concorso ad assistente nella Sezione chirurgica; annuo assegno di L. 1300; imposta di R. M. a carico dell'eletto. Ordinaria gratificazione annua di L. 120, alloggio nell'Ospedale, caffè e latte ogni mattina e vitto per l'intera giornata di turno per il servizio di guardia.

LAMPEDUSA (*Girgenti*). — Condotto per Linosa; L. 2400. Scadenza 20 luglio.

MANDURIA (*Lecce*). — Condotta Uggiano Montefusco; L. 2500. Età limite 35 anni. Servizio entro 10 giorni dalla partecipaz. Scad. 15 luglio.

MIANO (*Treviso*). — Condotto residenziale; L. 4150 lorde. Scadenza 20 luglio.

MONTEFALCO (*Perugia*). — A tutto agosto è prorogato il concorso a una delle due condotte; L. 4400 comprese L. 350 per obbligo della reciproca supplenza. Obbl. cav. Scad. 31 agosto.

PERRERO (*Torino*). — Condotto ufficiale sanitario per Consorzio; L. 3500. Scadenza 30 luglio.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — È stato pubblicato un decreto di proroga a tempo indeterminato degli esami a medico di bordo.

ROMA. *Ministero della P. I.* — I concorsi per per professore straordinario nelle Facoltà di medicina e chirurgia sono rinviati: con apposito decreto sarà stabilito il termine per la presentazione delle domande di ammissione ai concorsi stessi.

SCLAFANI (*Palermo*). — Condotta; L. 3500 lorde, sessennio; alloggio. Due anni di laurea al 30 maggio. Cura piena ed obbligo di mantenere l'arm. farm. Scad. 15 luglio. Il concorso sarà deserto se non si presenteranno e non saranno dichiarati eleggibili almeno due concorrenti. Per chiarimenti rivolgersi al sindaco.

SIENA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario del Comune; vedi fasc. 26. Scadenza 20 luglio.

SORA (*Caserta*). — Quarto medico condotto per i poveri. Doc. al delegato municipale. Iscrizione ad un albo med. L. 2000 lorde. Scad. 11 lugl.

TORINO. *Ospedale «Maria Vittoria»*. — Assistente interno nella Sezione di pediatria medica diretta dal prof. dott. Meynier. Presentazioni di titoli e documenti esclusivamente presso la Segreteria.

VIRGILIO (*Mantova*). — A tutto il 31 luglio posto di medico chirurgo del riparto di Pietole, frazione del detto Comune. In pianura, a chilometri 6 da Mantova, ecc., L. 3000, più L. 600 indennità pel cavallo e vettura obbligatoria e L. 300 retribuzione se eletto ufficiale sanitario. Aumenti sessennali. Abitanti 1500 circa, con 800 di questi inscritti nell'elenco dei poveri.

Giovane medico degli Ospedali di Roma, esente servizio militare, accetterebbe supplenze interinati, e qualunque occupazione di ordine sanitario. Preferiscesi residenza in montagna e faticosa purchè ben retribuita. Per trattative rivolgersi al dott. A. F., tessera del Touring 97834, Roma.

Medico trentasettenne, fornito di congedo militare assoluto e di ottimi titoli, pratico condotta, accetterebbe interinato in montagna, nell'Italia centrale o settentrionale (eccettuato il Veneto). Rivolgersi al dott. Arnaldo Veneziani, Bologna, via Marsala, 41, anche telegraficamente.

Medico chirurgo, non soggetto obblighi militari, lunga pratica chirurgica, assumerebbe interinato ospedale quale primario o condotta Piemonte, Lombardia, Veneto. Dirigere offerte professor Romani, fermo posta, Modena.

Giovane medico chirurgo esente servizio militare, pratica clinica, accetterebbe interinato, supplenza, a carattere prevalentemente medico, in residenza non disagiata e povera di abitanti, anche varî mesi. Scrivere all'indirizzo: dottor Antonio Ranzani, Scicli (Siracusa).

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

---

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

*Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.*

Commendatore: prof. sen. Alessandro Lustig, ordinario di patologia generale a Firenze.

*Ordine della Corona d'Italia.*

Commendatori: prof. Guido Bordoni-Uffreduzzi, medico-capo dell'Ufficio d'igiene del Comune di Milano; dott. Marcanti Giovanni, medico provinciale.

*Nell'Amministrazione Sanitaria.*

Sono promossi il dott. cav. Chimienti Elvino, da medico di porto a medico provinciale di quarta classe; Abate dott. Alberto e Siacci dottor Ugo, medici di porto di seconda classe alla prima; dott. Angeletti Nazzareno, da medico provinciale aggiunto a medico provinciale di quarta classe.

Il dott. Wolner, medico provinciale, da Brescia è trasferito a Lucca, e il dott. Nicolais, id., da Lucca a Brescia.

Il dott. E. Miceli, medico di porto, è destinato a prestar servizio in Libia.

## NOTIZIE DIVERSE.

**L'emblema della Croce Rossa.**

La Croce Rossa rende noto al pubblico che l'uso della bandiera o dell'emblema della Croce Rossa, cioè la « Croce Rossa in campo bianco », è assolutamente vietato a chi non abbia ricevuto facoltà di usarlo. Ciò per evitare le penalità che dovrebbero essere inflitte in caso di trasgressione.

**Offerta della Svizzera alla Croce Rossa italiana.**

Il console generale svizzero in Napoli, signor Meuricoffre, a nome della colonia svizzera ivi residente, ha trasmesso al prefetto comm. Menzinger lire 10,000 per la Croce Rossa Italiana, accompagnando la cospicua offerta con la seguente lettera:

« Mi pregio rimetterle qui in seno, con preghiera di volersi compiacere di trasmetterlo allo spettabile Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, un vaglia del Banco di Napoli (numero 319900) di lire 10,000 come provento di una sottoscrizione fatta nella colonia svizzera di Napoli e dintorni in favore della provvida istituzione.

Sono felice di poter rimettere alla S. V. Ill.ma questo attestato di affezione dei miei connazionali e di me medesimo per il paese che ci ospita, e colgo l'occasione per presentarle i sensi della mia stima e considerazione.

Il console generale svizzero: Meuricoffre ».

**Un'ambulanza donata alla Croce Rossa dagli italiani di Parigi.**

Un Comitato costituitosi a Parigi fra i componenti la colonia italiana e presieduto da donna Bice Tittoni, ha stabilito di donare alla Crose Rossa Italiana una splendida automobile-ambulanza radiografica.

La Presidenza della Croce Rossa ha nominato il dott. Emilio Grego, di Genova, direttore della nuova consegna.

**Per la preparazione sanitaria civile nelle provincie lombarde.**

Un corso per l'assistenza ai contagiosi e le disinfezioni è tenuto dall'ufficiale sanitario di Milano, prof. Guido Bordoni Uffreduzzi.

Un corso analogo viene pure svolto dal professore Camillo Terni.

La provincia di Milano ha diviso le iscrizioni per zone: i circondari di Milano e Lodi fanno capo all'Ufficio d'igiene in via Palermo; i circondari di Abbiategrasso, Gallarate e Monza al Comizio agrario.

Sono pure da segnalarsi il corso per le allieve infermiere, affidato al dott. Eugenio Levati, ed una serie di conferenze, tenute presso le varie istituzioni milanesi da colleghi che concorrono entusiasticamente alla preparazione civile e sanitaria.

Per la provincia di Pavia il dott. Cornelli, presidente di quell'Ordine dei medici, sta trattando con quelle autorità per un corso analogo di lezioni da impartire ai medici condotti ed al personale di assistenza.

**L'Ospedale Maggiore di Milano e i servizi militari.**

L'Amministrazione ospedaliera di Milano, presieduta dal dott. E. Arienti, con lodevole spontaneità ha posto a disposizione dei militari feriti o malati, complessivamente 800 letti, circa 400 dei quali furono offerti alla Sanità militare ed altri 400 alla Croce Rossa. In pochissimi giorni furono completamente allestiti in modo perfetto, a cura della Direzione dell'Ospedale Maggiore. Le infermerie furono dotate di tutto quel complesso di accessori indispensabili per rendere l'assistenza veramente completa: dai laboratori ai bagni, dalle camere di isolamento ai locali di soggiorno, ecc., e ciò senza diminuire notevolmente il numero dei letti destinati all'assistenza dei malati civili, lodevolissimo intento raggiunto dal prof. Ronzani.

Il grande Ospedale militare di riserva fu diviso in tre reparti: di medicina, di nevrologia e di chirurgia.

Il riparto di medicina funziona in questo modo: i soldati appena vi entrano vengono rifocillati e sottoposti al bagno generale; gli abiti che indossano sono inviati alla disinfezione od al bucato; i malati gravi vengono distribuiti in apposite camere, gli altri nelle ampie e linde infermerie.

Il riparto chirurgico, il più esteso, trova posto in un grande padiglione dell'Ospedale di via Pace, e fu provveduto per l'occorrenza di sale di operazione, di medicazione, di radiologia ed altre indagini, nonchè per cure fotoradioterapiche.

La direzione dell'Ospedale fu affidata al professor Ronzani, che è anche capo riparto della sezione di medicina, alla quale sono pure assegnati i dottori Mariani e Perego. A capo del riparto delle malattie nervose è uno specialista, il dottor Medea; ed a quello di chirurgia il primario chirurgo dott. Bussola coi colleghi chirurghi Bonfanti, Sembianti, Secchi ed il radiologo dott. Viganò.

Oltre alla Sanità militare, anche la Croce Rossa nell' Ospedale Maggiore ha già a sua disposizione due grandi padiglioni, affidati ai primari chirurgi professori Baldo Rossi e Franco Crosti.

**Ospedale chiurgico militare.**

Nella sede che fu già ospizio dei vecchi nel Luogo Pio Trivulzio in Milano, si va allestendo un magnifico e completo ospedale chirurgico militare. Conterrà sale per l'antisepsi, per le operazioni chirurgiche, di degenza e tutti i più moderni servizi e le più pratiche e complete installazioni igieniche.

Per ora esso conterrà 1000 letti. Ma il Consiglio di amministrazione del Pio Luogo Trivulzio, il quale spontaneamente offrì metà del locale al patriottico e pietoso scopo, è disposto, occorrendo, a mettere a disposizione della Sanità militare anche il resto del fabbricato, così che la potenzialità dell'ospedale può anche essere portata a circa 2000 letti.

Dirigerà il nuovo ospedale il prof. A. Cernezzi.

**L'ospedale Brioschi per i feriti in guerra.**

Milano centuplica le sue risorse poderose per i bisogni della guerra. Da pochi giorni è stata iniziata la sottoscrizione pubblica per l'assisten-

za in dipendenza della guerra ed è già stata raggiunta la cifra di quattro milioni e mezzo. Nobilissimo esempio di patriottismo e di virtù operante e fattiva!

Si provvede anche alla creazione di vasti e adatti ospedali: caratteristica di questo movimento è la rapidità con la quale, in tutto o in parte, stabilimenti industriali si trasformano in ambienti sanitari perfetti. È il proprietario dello stabilimento che non solo offre ambienti adatti, ma si assume ogni onere. Talvolta gli operai si adattano volentieri a far posto, rinunziando a comodità, offrendo l'opera loro disinteressata; talvolta è anche l'industria che, rimanendo inerte in qualche suo ramo, sgombera spontaneamente i locali.

Due esempi luminosi di queste forme di adattamento sono dovuti uno alla iniziativa della ditta Achille Brioschi e l'altro dei Fratelli Bocconi.

La ditta Brioschi ha ceduto alla Sanità militare un piano terreno rialzato e un primo piano in un'ala separata e silenziosa del fabbricato, posto dinanzi alla solennità della campagna lombarda, alla Gambolotta.

L'ospedale, che vi è stato istituito, non è a corsie ma arieggia la villa o la pensione.

Contiene 75 letti ed è arredato con ogni « comfort ».

Oltre l'arredamento sopra indicato, la Ditta si è assunta a suo carico la spesa di disinfezione, acqua potabile, illuminazione e riscaldamento per la cucina e per i bagni.

### La Clinica del Lavoro di Milano per le famiglie dei combattenti.

Le esigenze del ricovero dei feriti della guerra hanno avuto dei contraccolpi a Milano, per la verità tutti sopportati con animo lieto e quasi con ambizione. Ambiziosa del nuovo stato di cose che le si è creato, per il modo col quale ha saputo superarlo ed anzi trarne motivo per un'opera più vasta di simpatica assistenza civile, è stata la Clinica del lavoro. I magnifici padiglioni di via Guastalla, presso gli Istituti clinici di perfezionamento, hanno subito la sorte comune; la Sanità militare ha facilmente ottenuto che un centinaio di letti della Clinica del lavoro fosse messo a sua disposizione, almeno per gli affetti da forme mediche.

La Clinica del lavoro ha visto diminuita sensibilmente la sua speciale attività, ma ha provveduto ad una nuova forma di assistenza: mediante uno speciale Comitato viene in aiuto alle famiglie operaie aventi membri da ospitalizzare in clinica o altre persone inferme, ma particolarmente militari richiamati in servizio.

È cominciato a funzionare il servizio degli alimenti. Sono trentacinque le famiglie di richiamati che vengono aiutate in questo modo. Tre volte per settimana i ragazzi esploratori, provvisti di biciclette, si incaricano della distribuzione dei viveri a domicilio, per turno. Una volta per settimana, la domenica, le famiglie sono convitate nel cortile della Clinica a un duplice scopo: di offrire loro una buona colazione, e di offrire ai medici della Commissione il modo di esaminare le condizioni di salute, specialmente dei bambini.

### Le cliniche di Padova militarizzate.

Sin dall'inizio della mobilitazione l'Ospedale civile di Padova, dove hanno sede le Cliniche universitarie, mise a disposizione dell'autorità militare sanitaria 600 letti divisi in varî riparti dei quali assunsero rispettivamente la direzione i professori De Giovanni, Bassini, Lucatello, Albertotti, Breda, con la collaborazione dei loro supplenti, aiuti ed assistenti proff. Penzo, Carraro, Austoni, Ricci, Giavedoni, Bertelli, Farini e Cavagnis.

### Il Congresso dell'alimentazione popolare.

In considerazione delle condizioni attuali del Paese, il Comitato ordinatore di questo Congresso ha deliberato che esso debba tenersi a Milano, tra gli ultimi giorni di agosto ed i primi di settembre, con un programma che riflette principalmente l'opera dello Stato, dei Comuni e delle Cooperative nei riguardi del grano, dell'alimentazione carnea, della produzione del latte e dei latticini, dell'utilizzazione dell'uva come sostanza alimentare, dei prodotti minori e delle provvidenze statali per rispetto ai trasporti delle derrate alimentari.

La questione della utilizzazione delle sostanze alimentari in rapporto al massimo rendimento nutritizio ed economico sarà oggetto di condizioni specifiche che verranno tradotte in norme popolari e diffuse per ogni dove. Limitando, secondo le esigenze del momento, la materia del Congresso ai temi suddetti, l'assemblea stabilì di rimandare a miglior tempo in un grande Congresso Nazionale la trattazione di tutti i problemi dell'alimentazione, già precedentemente esaminati ed affidati a competenti relatori.

### Per il ricovero degli alienati.

Una recente circolare del Ministero degl'Interni ai prefetti dice:

« Risulta a questo Ministero che le Amministrazioni provinciali, nei casi in cui provvedono, a norma del primo comma dell'art. 73 del regolamento 16 agosto 1909, n. 615, sui manicomi e sugli alienati, al ricovero di maniaci appartenenti ad altre provincie, omettono il più delle volte di notificare in tempo utile il ricovero stesso alla provincia di appartenenza dell'alienato, la quale viene in tal modo a trovarsi nell'impossibilità di valersi della facoltà consentitale dal secondo comma del citato articolo 74, di far trasferire l'alienato medesimo nel proprio manicomio.

Siffatto sistema, oltre a produrre gravi inconvenienti contabili e amministrativi, è spesso causa d'un aggravio finanziario non indifferente per la provincia di appartenenza, costretta a corrispondere una retta più elevata di quella che potrebbe pagare, qualora il demente venisse trasportato a tempo nel manicomio di cui essa si avvale.

Si richiama in proposito l'attenzione delle SS. LL. e si prega di rivolgere vive raccomandazioni alle dipendenti Amministrazioni provinciali, affinchè per l'avvenire sia curata la sollecita notifica del ricovero dei dementi alle provincie interessate, in guisa da evitare il ripetersi degli inconvenienti suaccennati ».

**Sui nostri servizi sanitari in guerra.**

Il «Secolo» informa che i giornali della Svizzera tedesca vanno svolgendo una campagna denigratoria sull'organizzazione sanitaria militare italiana, la quale sarebbe assolutamente impari ai bisogni, sia per mezzi finanziari che materiali, tanto che numerosissimi feriti sarebbero ricoverati negli alberghi dei grandi laghi. Basterebbe questo richiamo a smascherare i fini commercialistici cui tende quella stampa del paese degli alberghi. Quanto alla nostra organizzazione sanitaria militare, essa non ha bisogno di difese ed i numerosissimi feriti esistono solo nell'immaginazione e nei desiderî di nostri nemici palesi ed occulti.

**Calunnie austriache smentite.**

Un comunicato ufficiale del Governo austro-ungarico afferma che i soldati italiani si sarebbero ubriacati durante le operazioni presso Plava e che essi ucciderebbero i feriti nemici.

L'«Agenzia Stefani» dichiara al riguardo: «I soldati italiani si trovano nell'impossibilità di ubriacarsi, non venendo loro distribuito alcun genere alcoolico, nè avendo nella quasi deserta regione di Plava modo di procurarsene per proprio conto. Essi, anzichè ucciderli, curano i feriti nemici, malgrado i sistematici atti di ostilità da parte austriaca contro i nostri portaferiti».

**Le epidemie in Austria.**

Il «Secolo» ha da Vienna che i giornali austriaci esprimono grandi timori per le epidemie che inevitabilmene scoppieranno in Austria durante la prossima estate. Secondo la «Zeit» da parte delle autorità già sono state prese importanti misure precauzionali e già sono state ordinate diligentissime disinfezioni alle stazioni, alle scuole e in tutte le località in genere dove si verificano rilevanti concentramenti di persone.

Al Municipio di Vienna si è riunita la Commissione sanitaria. Il direttore generale della Sanità pubbliva dott. Bohm, ha letto un interessante rapporto sull'opera svolta dalle autorità sanitarie viennesi durante la guerra. Da tale rapporto risulta che giunsero finora a Vienna 4000 soldati ammalati di dissenteria; nella popolazione civile furono colpite della stessa malattia 334 persone. Vi furono a Vienna dallo scoppio della guerra 393 casi di colera riscontrati su militari e 25 su civili. Furono pure segnalati 1433 casi di tifo dei quali 317 constatati su stranieri: 1098 persone furono colpite di vaiuolo, 230 casi di vaiuolo furono seguiti da morte.

In seguito a tali risultati la Commissione ha inviato al Governo un memoriale per chiedere la immediata autorizzazione di introdurre a Vienna la vaccinazione obbligatoria antivaiolosa di tutta la popolazione.

Si ha notizia da Vienna che il Ministero dell'interno dell'Austria ha dichiarato che quattro casi di colera sono stati constatati a Vienna ed alcuni altri nella Bassa Austria ed in Moravia.

**Medici tedeschi in turchia.**

Le «Basler Nachrichten» ricevono da Salonicco: «Alcuni medici italiani qui giunti a Costantinopoli hanno dichiarato che nell'esercito turco si trovano 1800 medici tedeschi e che nella capitale turca sono concentrati 70,000 feriti».

**Le infermiere negli ospedali militari tedeschi.**

Una recente deliberazione del Ministero della guerra della Germania stabilisce che negli ospedali di riserva saranno ammesse d'ora in poi soltanto infermiere di professione o diplomate appartenenti ad organizzazioni economiche. Solo in speciali circostanze il primario è autorizzato a trattenere delle infermiere volontarie di speciale capacità («Journal A. M. A.»).

**Una medichessa militare in Germania.**

La moglie del chirurgo ortopedico prof. Helbing di Berlino, laureata in medicina e specialista in chirurgia ortopedica, ha prestato per parecchi mesi la sua opera ai militari feriti. Recentemente ha ricevuto una posizione ufficiale: la signora Grethe Schüler-Helbing è divenuta la prima «Militärärztin» della Germania («Journal A. M. A.»).

**Decorazioni rumene.**

La «Klin.-therap. Wochenschrift» del 17 maggio informa che ad Ehrlich e von Behring è stata conferita la Reale Croce Rumena per meriti nei servigi sanitari («Journ. A. M. A.»).

**Al prof. Berti.**

È stata consegnata al prof. Giovanni Berti un'artistica pergamena, recante le firme di oltre 200 medici della città di Bologna, tra i quali figurano i proff. Murri, Albertoni, ecc., per sollecitare l'illustre pediatra a non lasciare la cattedra dell'Ateneo bolognese, che egli illustra ed onora. La pergamena venne consegnata dal prof. Pini, che espresse nuovamente con calde parole l'augurio che il Berti continui ad impartire il suo insegnamento dalla dotta Bologna.

**Premio Carnegie ad un medico condotto.**

La Commissione civile della zona di Avezzano, recatasi espressamente a S. Benedetto dei Marsi, ha consegnato al dott. De Sanctis un premio Carnegie consistente in una medaglia d'argento e L. 500 in denaro, conferitogli per l'opera da lui prestata nella triste contingenza del terremoto del 13 gennaio.

**Onoranze a colleghi.**

I cittadini di Castello sopra Lecco (Como) hanno offerto al dott. Corrado Crollalanza, che da tempo presta colà la sua opera laboriosa ed intelligente, una medaglia d'oro accompagnata da un ricco dono e da una pergamena che reca le firme di persone d'ogni ceto: vero plebiscito di affetto e di gratitudine.

**Per gli erniosi poveri.**

Per gli erniosi poveri la benemerita Cassa di risparmio di Milano e delle provincie lombarde ha elargito quindicimila lire all'Istituto Bassini.

# Rassegna della stampa medica.

*Giorn. di Med. mil.*, 31 mar. CHIRONI e CROWTHER: Epato-colangio-enterostomia e plastica del coledoco. — NIGRISOLI: Ferite vasali da arma da fuoco.
*La Tubercol.*, feb.-apr. FERRINI: Cura della tb. polmonare col pneumotorace artificiale.
*Il Cesalpino*, 15 apr. PAPANTI-PELLETIER: Rara esostosi solitaria osteogenica del bacino.
*La Cron. Méd.*, 25 apr. CIFUENTES: La ritenzione acuta di orina.
*Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig.*, 31 marzo. — DELLA VEDOVA: Sordità ed adenoidismo nelle scuole primarie.
*Ann. di Med. Nav. e Colon.*, mar.-apr. BELLI: Le infermerie sui piroscafi per l'emigrazione. — GIORGI: La chirurgia d'urgenza nei traumi del cranio e del cervello. — BASSI: Cura rapida della scabbia nell'ambiente militare. — PRISCO: Le operazioni antiglaucomatose.
*Berl. Klin. Woch.*, 17 mag. KOHN: L'angina pectoris. — KORAH: I disturbi di cuore nei combattenti. — LUBLINSKI: Sulla vagotonia.
*Il Morgagni*, mag. LEVI: Anasarca fetale. — CANTALAMESSA: Pancreatite acuta necrotico-emorragica, ecc. — SANTORO: Sulle cisti congenite del collo. — DE BERNARDINIS: Ulcera fagedenica dei paesi caldi.
*Riv. di Patol. nerv. e ment.*, 22 mag. BUSCAINO: Tiroide ed epilessia. — EPIFANIO: Ipnosi farmacologica in alcune psicopatie. — PASTINE: Alcune reazioni della pupilla.
*Gazz. d. Osp.*, 23 mag. FARMACHIDIS: Pleurite saccata diaframmatica e spostamento paradosso del cuore.
*La Ginecol.*, 14 e 15. VIANA: Patogenesi e trattamento delle metropatie emorragiche essenziali. — RIDELLE: Fibromiomi ad evoluzione vaginale.
*Brit. Med. Jorun.*, 22 mag. BYERS: Il trattamento della setticemia nella gravidanza inoltrata. — PYBUS: Infezioni delle tonsille. — STRETTON: La sterilizzazione della cute con tintura di iodio.
*La Rif. Med.*, 29 mag. MAZZETTI: Il meningococco nel muco nasale dei cavalli durante un'epidemia di meningite cerebrospinale.
*Medical Record*, 8 mag. WOORHEES: Disturbi della voce comuni tra i cantanti. — GLASCOW: La conservazione dell'uomo. — HENSEL: Il trattamento del morbo di Basedow.
15 mag. BULULEW: Gli aspetti medici del cancro.
*La Presse Méd.*, 20 mag. Medicina di guerra.
*Rev. Clin. de Madrid*, 15 mag. MÀRQUEZ: Diagnosi delle paralisi oculari multiple.
*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 18 mag. LAGRANGE: Disordini oculari mediati o indiretti da armi da fuoco. — MARIE e ROUSSY: Traumatismi del midollo spinale.
*The Lancet*, 22 mag. STEILD: Sul trattamento delle ferite settiche.
*Gazz. d. Osp.*, 27 mag. PANTÒ: Contributo alla reazione di Herzheimer. — SCANDALO: Ernie operate da un anno con innesti profondi di caucciù.
*Riv. crit. di Clin. Med.*, 29 mag. MINERBI: Centrifugazione frazionata dell'urina per dimostrare la cilindruria nei cistitici.
*Pensiero Med.*, 30 mag. BELLAZZI: « Situs viscerum inversus totalis ». — BAJ: Anatomia e fisiologia del fascio di His.
*Bull. J. Hopkins Hosp.*, mag. BLUMER: Trattamento medico dell'ulcera peptica. — EMERRON: Il paziente nervoso. — HOWARD: La diagnosi di mediastinite. — ROUS: Influenza della dieta sul decorso del cancro. — VAN DER HOOF: Le cause della dispepsia. — GERAGHTY: I saggi funzionali dei reni. — HOCH: Le psicosi benigne. — MAC CURDY: Aspetti etici della psicoanalisi. — RICHSHER: L'installarsi della paralisi generale — BUNTING: Infezioni difteroidi.
*Journal des Praticiens*, 29 mag. RENAULT: Sul trattamento abortivo della sifilide. — Medicina di guerra.
*The Journal A. M. A.*, 15 mag. SIPPY: Trattamento medico dell'ulcera gastrica e duodenale. — SIMON e YUDD: Leucemia linfatica acuta con reperto del « Corynebacterium limphomatosis granulomatosae ». — CAMPICH: Trattamento delle fratture chiuse.
*Folia Med.*, 20 apr. VIOLA: Sulla diagnosi del diabete.
*Gaz. d. Hôp.*, 27 mag. RÉGIS: I disturbi psichici e neuro-psichici della guerra.
*Revue Neurol.*, apr. MARIE: I riflessi d'automatismo detti di difesa. — MONIZI: Poliencefalite subacuta emorragica di Wernike.
*Riv. di Med. Legale*, mag. CAZZANIGA: Persistenza della combinazione CO Hb.
*Bull. d. Sc. Med.*, mag. DE NAPOLI: Frenulectomia emostatica a scopo profilattico e curativo.
*Medic. Record*, 22 mag. MORRIS: Freud dal punto di vista di un chirurgo. — MOUNT: Le alopecie. — DRUECK: L'ematuria.

# Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. *Roma, 11 luglio 1915* Fasc. 28

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



*AVVISO AI NOSTRI SIGNORI ABBONATI:*

Per aderire a desideri espressici, abbiamo prorogato a tutto questo mese la facoltà di ottenere per sole

**Lire 2**

il nostro **PREMIO STRAORDINARIO**

Dott. G. MENDES
Capitano medico nel 2° Reggimento granatieri, già Aiuto negli Ospedali di Roma

**MANUALE**
**di Medicina e Chirurgia di guerra.**

Coloro quindi che intendono profittarne, si affrettino a spedire cartolina vaglia da **Lire Due**, la quale dovrà essere indirizzata al **prof. ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46 - Roma.**

Trascorso detto termine, il volume resterà in commercio al suo prezzo normale di **Lire Cinque.**

L' AMMINISTRAZIONE.

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## MEDICINA DI GUERRA.

### L'odontoiatria nell'esercito e nella marina in tempo di guerra

per il dott. ANGELO CHIAVARO
professore di odontoiatria e prostesi dentaria
nella R. Università di Roma.

SOMMARIO: *L'odontoiatria nell'esercito italiano e negli eserciti stranieri. — Cure dentarie che può prestare il medico militare.* Profilassi dentaria - Cura del dolore dei denti - Disodontiasi - Malattie della polpa del dente - Malattie del pericemento - Estrazioni - Cura delle fratture delle ossa mascellari. — *Cure dentarie che può prestare l'odontoiatra.* Le malattie dei denti - Apparecchi per la cura delle fratture delle ossa mascellari. — *Progetto di organizzazione del servizio odontoiatrico nell'esercito e nella marina.*

L'ODONTOIATRIA NELL'ESERCITO ITALIANO E NEGLI ESERCITI STRANIERI.

Soldati, marinai, ufficiali e medici militari sanno oramai per propria esperienza quale enorme diffusione hanno nel nostro esercito di terra e di mare le malattie dentali, di quali sofferenze esse sono causa e quante volte impediscono ad ufficiali, soldati e marinai di compiere i loro doveri o di poterli disimpegnare serenamente.

Se le cure odontoiatriche negli eserciti si dimostrano necessarie in tempo di pace, esse diventano assolutamente indispensabili in tempo di guerra, non solo perchè allora qualunque malattia di singoli soldati o marinai è da considerarsi come più dannosa all'esercito che in tempi normali, ma soprattutto perchè in tempi di guerra sono numerosissimi i casi di frattura delle ossa mascellari, per la cura delle quali il chirurgo ha bisogno della collaborazione dell'odontoiatra, e si verifica spessissimo la necessità della costruzione di apparecchi di prostesi (1) per le mascelle, naso e altre parti

(1) *Prostesi* e non *protesi* è il termine etimologicamente esatto per indicare la sostituzione di una parte mancante.

della faccia e delle ossa in sostituzione di tessuti asportati da colpi di mitraglia.

L'autorità sanitaria militare d'Italia, riconoscendo l'importanza dell'odontoiatria e la sua grande utilità pratica, si era proposta di provvedere gradatamente in modo completo alle cure odontoiatriche dell'esercito. Venne istituito infatti nel 1900 l'insegnamento dell'odontoiatria presso la Scuola medico-militare di Firenze, allo scopo d'impartire cognizioni odontoiatriche ai medici militari; si fondarono successivamente ambulatori odontoiatrici presso gli ospedali militari per la cura dei soldati.

Le lezioni di odontoiatria, che vengono impartite nella Scuola di Firenze al medico militare, non possono essere però sufficienti allo scopo e nella pratica disgraziatamente risultano di poca utilità. Infatti l'insegnante della Scuola di Firenze, a causa della complessità degli studi che l'allievo medico militare ivi deve compiere, non può naturalmente avere il tempo materiale per impartire quel corredo di cognizioni teoriche e pratiche che sarebbe indispensabile per l'esercizio di questa specialità, ma si deve attenere soltanto a cognizioni generali e superficiali e queste non possono bastare a formare la cultura odontoiatrica del medico militare, il quale durante i suoi studi universitari generalmente non si è occupato di odontoiatria, non essendo questa materia obbligatoria per gli studenti di medicina.

La Direzione generale di Sanità militare cercò di sopperire a questa deficienza, facendo seguire a Roma un corso accelerato di odontoiatria a dodici capitani medici, che dovevano venir poi destinati ad ambulatori odontoiatrici negli ospedali militari dei dodici distretti. Disgraziatamente sopravvenne prima il terremoto della Marsica e quindi la guerra, ciò che non permise di effettuare per intero questo progetto. In ogni modo negli ambulatori odontoiatrici militari lo specialista che avrebbe dovuto curare i soldati sarebbe stato uno solo e avrebbe dovuto perciò limitarsi alle cure strettamente indispensabili e rassegnarsi a sacrificare talvolta denti che potrebbero essere salvati, perchè l'affluenza dei pazienti è tale che una sola persona non può riuscire a dedicare a tutte le cure necessarie il tempo che richiederebbero.

Negli ospedali navali il servizio odontoiatrico è affidato a specialisti civili.

L'organizzazione dei servizi odontoiatrici per l'esercito italiano era a questo punto, cioè appena all'inizio, quando scoppiò la spaventosa conflagrazione europea.

Quasi tutti gli altri Stati europei, come pure gli Stati Uniti di America, il Giappone ed altri paesi, vantavano alla stessa epoca organizzazioni odontoiatriche militari più complete della nostra, avendo cominciato molto prima che da noi a provvedervi. Eppure, dopo lo scoppio della guerra, si sentì dovunque la necessità di aumentare il numero degli odontoiatri e delle istituzioni odontoiatriche per gli eserciti.

***

Passando in rapida rassegna solo le principali nazioni belligeranti, troviamo che in Francia, dove in tempo di pace il regolamento sanitario dell'esercito prescriveva l'igiene dentaria ed i principali presidi militari ed i collegi militari avevano ciascuno una clinica odontoiatrica, ora i servizi odontoiatrici si sono accentrati in cliniche dentarie espressamente istituite presso i principali ospedali militari; queste cliniche di odontoiatria sembra che fino ad ora siano quattro: a Parigi, a Lione, a Bordeaux ed a Nancy, e in ciascuna di esse c'è un medico odontoiatra capo servizio, assistito da due odontoiatri (chirurgi-dentisti) e da due o più odontotecnici per la costruzione rapida degli apparecchi di prostesi mascellare e facciale.

Inoltre sono state emanate disposizioni ministeriali perchè in ogni ospedale da campo vi sia un odontoiatra che presti le cure più urgenti ai soldati, che presentano ferite alla faccia e fratture dei mascellari, perchè possano venire inoltrati in buone condizioni alle cliniche odontoiatriche centrali per la cura completa. La Commissione francese di sanità militare ha poi formulato il voto che ad ogni reggimento venga destinato un odontoiatra, che si provi ad istituire in un Corpo d'armata un'automobile dentaria e che s'intensifichi nella zona interna il servizio delle scuole dentarie.

In Germania già da molti anni si dava grande importanza all'igiene ed alla cura dei denti dei soldati, ed ora, come pubblicava recentemente il *Leipziger Tageblatt*, ottocento odontoiatri si trovano fra le truppe combattenti e sono adibiti esclusivamente alla cura dei denti e delle numerose ferite alla testa, specialmente alle mascelle, prodotte dalle armi da fuoco. Furono istituiti inoltre speciali ospedali odontoiatrici a Berlino, Dusseldorf, Heidelberg, Strasburgo ed altre località.

In Inghilterra i soldati regolari venivano curati prima della guerra da odontoiatri civili per incarico del Ministero della guerra, che stanziava a questo scopo in bilancio una determinata somma per ogni Comando. Dopo la formazione dell'armata e la mobilitazione dell'esercito territoriale è stata aumentata detta somma e sono stati inoltre aggregati all'esercito col grado di tenenti alcuni odontoiatri.

Le associazioni odontoiatriche locali però, ri-

conoscendo che simile organizzazione è insufficiente al bisogno, cercano di rimediare alle manchevolezze promuovendo sottoscrizioni e prestando la loro opera gratuitamente, e si adoperano presso il Governo, perchè vengano istituiti uno speciale Corpo di odontoiatri militari e qualche ospedale militare dentario.

Per la marina inglese il servizio odontoiatrico è disimpegnato da anni da odontoiatri civili, in 23 cliniche dentarie annesse agli ospedali navali.

Non si hanno notizie precise circa l'organizzazione presente del servizio odontoiatrico militare in Austria, ma si sa che ivi era da tempo riconosciuta la grande importanza delle cure dentarie per l'esercito, e gli ufficiali medici venivano comandati per un biennio presso le scuole di odontoiatria come presso le cliniche di altre specialità.

E che anche ivi funzioni presentemente un servizio odontoiatrico bene organizzato lo dimostra una relazione del dott. Zilz, che la rivista *Il Morgagni* (1) riproduce dal *Wiener medizin. Woch.*, n. 7. Lo Zilz riferisce i risultati delle osservazioni da lui fatte durante sei mesi sui feriti con lesioni al viso e specialmente ai mascellari, ricoverati in un ospedale da campo. Egli dice che in quella zona (scacchiere orientale) i feriti con lesioni ai mascellari furono relativamente scarsi (0.3 % dei ricoverati), ciò che attribuisce al poco uso fatto dai russi della fanteria e alla mancanza di spirito offensivo nel fantaccino russo.

Questa percentuale dello Zilz è molto inferiore alla percentuale concordemente riferita da odontoiatri francesi, i quali calcolano che nelle loro truppe i feriti alla faccia ascendano al 2-3 % di tutti i feriti, in modo che su 500,000 feriti da 10 a 15 mila di essi necessiterebbero le cure dell'odontoiatra.

### CURE DENTARIE CHE PUÒ PRESTARE IL MEDICO MILITARE.

Dall'esperienza delle nazioni che si trovano presentemente in guerra emerge chiaramente la necessità di un'organizzazione odontoiatrica militare completa. Ma siccome una simile organizzazione non si può improvvisare in pochi giorni, anche perchè altri vasti e complessi problemi s'impongono prima alla considerazione delle autorità militari, è indispensabile di sopperire intanto al bisogno con le cure odontoiatriche più necessarie e più urgenti che può prestare il medico militare generico. E molto utilmente il medico potrà esplicare anche in questo ramo l'opera sua, pur limitandosi a quelle cure necessarie e semplici, che possono essere di sua competenza, senza intraprendere quelle, che, richiedendo apposito strumentario e tecnica speciale, rimangono di esclusiva competenza dello specialista di odontoiatria.

*Profilassi dentaria.* — Il medico militare sa certamente che le malattie del sistema dentario, non sono solo causa d'insopportabili dolori locali, ma possono anche causare gravi malattie generali e perturbazioni tanto gravi del sistema digerente, nervoso e respiratorio da creare una certa percentuale nelle cause di morte di militari per piemia, per angina di Ludwig, per sinusite settica seguìta da meningite, ecc. Dunque l'igiene del sistema dentario, che è l'unica profilassi efficace contro le malattie dentali, non solo deve considerarsi di somma importanza per il mantenimento della sanità dei denti, ma anche perchè è parte integrante della profilassi generale dell'organismo.

È ormai accertato che quasi tutte le malattie dentali riconoscono come causa principale la mancanza o l'insufficienza d'igiene dentaria e che, dato il regime alimentare dei popoli civili, la pulitura metodica e razionale dei denti è assolutamente necessaria per la conservazione di questi organi.

Il regolamento militare italiano, nell'elenco delle imperfezioni per l'esclusione dal servizio militare (art. 56), contempla anche il caso di un certo numero di denti cariati o mancanti, ma non prescrive ancora un'ispezione rigorosa della bocca delle reclute, e un esame dei denti dei soldati da ripetersi periodicamente ad intervalli stabiliti, come si fa in altre nazioni, e fra gli oggetti di prima necessità del soldato italiano non figura ancora lo spazzolino dentario.

In attesa che anche da noi si provveda a questa necessità del soldato, come ora si fa in quasi tutte le altre nazioni civili, il medico militare dovrebbe spiegare al soldato i vantaggi dell'igiene dentaria ed i danni che possono derivare dal trascurarla.

Finchè il Ministero della guerra non provvederà l'occorrente per l'igiene dentaria, tutti i soldati possono essere in grado di comprare a proprie spese uno spazzolino dentario, trovandosene in commercio per pochi centesimi, o meglio gli odontoiatri italiani potrebbero dar prova di patriottismo, e lo farebbero certo con piacere, facendone fabbricare a proprie spese un certo numero e regalandoli ai nostri soldati e marinai. I pazienti ricchi degli odontoiatri contribuirebbero certamente a tale nobile ed utile iniziativa. Per i marinai gli spazzolini dentari sono anche in vendita presso le cooperative di bordo.

La spesa di un dentifricio non è indispensabile, altro che in casi speciali, giacchè il *sapone* che il soldato adopera per la sua pulizia perso-

(1) Parte II, n. 34, 15 giugno 1915.

nale è ottimo anche per la pulizia dei denti. È necessario però che questa venga praticamente insegnata al soldato, perchè generalmente neanche le persone colte sanno in che cosa consista la razionale ed efficace igiene dentaria. L'insegnamento e la dimostrazione pratica della pulitura dei denti potrebbero essere oggetto di una istruzione o conferenza dell'ufficiale medico.

La pulitura dei denti dovrebbe praticarsi dopo ciascun pasto, ma quando, in via eccezionale, ciò non fosse compatibile col servizio, il soldato dovrebbe almeno eseguirla dopo il pasto serale.

L'ufficiale medico sa come sia necessario di essere precisi nelle istruzioni da impartire ai soldati affidati alle sue cure, perchè le prescrizioni vengano esattamente eseguite; insegnerà perciò praticamente l'uso dello spazzolino dentario, che riassumo:

Si bagnano con acqua, possibilmente tiepida, le setole dello spazzolino, soffregando leggermente la superficie di queste sul sapone, e si prende il manico dello spazzolino a guisa di penna da scrivere fra il pollice, l'indice e il medio della mano destra, cominciando a pulire i denti dalla superficie linguale di quelli inferiori, pulendo successivamente la superficie palatina di quelli superiori, tutte le facce combacianti o masticatorie e da ultimo le facce vestibolari. Seguendo quest'ordine riceveranno il più efficace attrito delle setole, non ancora molto ammorbidite dall'acqua e dal sapone, le facce dentali su cui più facilmente e rapidamente si formano depositi di tartaro. Sarà bene fare adoperare lo spazzolino anche con movimenti che seguano l'asse longitudinale delle corone dei denti, perchè i detriti alimentari non vengano spinti negli spazi interdentari. Eseguita la pulitura in questo modo si sciacquerà abbondantemente la bocca con acqua. Gli spazzolini dentari dovranno esser lavati dopo l'uso e conservati in modo che le setole possano asciugare rapidamente (1).

Nei soggetti giovani, che sembrano specialmente predisposti alla carie dentale ed in cui questa assume un decorso molto rapido ed è diffusa a molti denti, oltre ad insistere energicamente sulla necessità della pulitura dei denti dopo ogni pasto, si può prescrivere come cura profilattica la somministrazione per via interna di sostanze ricche di calcio e di fosforo. Negl'individui che soffrono d'iperacidità della saliva e d'ipercloridria la cura di questi disturbi costituisce una buona profilassi contro la carie dentale.

(1) Sono consigliabili gli spazzolini che abbiano un foro nel manico per poter venire eventualmente appesi alla parete o a qualche mobile.



Se si volesse provvedere il soldato e il marinaio di una polvere dentifricia utile e molto economica si potrebbe adoperare il carbonato di calcio profumato con mentolo o con altro profumo poco costoso.

*Cura del dolore di denti.* — Il dolore di denti può dipendere da cause diverse e a seconda di queste si può stabilire la cura da seguire.

Semplificando, si può considerare il dolor di denti come dipendente da tre cause:

1. *disodontiasi;*
2. *malattie della polpa dentale;*
3. *malattie del pericemento o legamento alveolo-dentale.*

Il dolore di denti proveniente da queste cause è differente in ciascun caso e facilmente diagnosticabile. La diagnosi differenziale è però assolutamente necessaria per potere intraprendere la cura adeguata.

1. I casi di disodontiasi sono facilmente diagnosticabili anche dal paziente stesso: in questi casi il dolore è localizzato e dato da compressione sulle terminazioni nervose della seconda o terza branca del quinto paio. Qualche volta però il dolore può anche essere riflesso e diffondersi a tutta quella metà della mascella, nella quale il dente cerca di venir fuori. Il trisma, che spesso accompagna l'odontiasi di questo dente, specialmente dell'inferiore, non è un sintoma patognomonico, potendo a volte essere anche causato da pericementite apicale settica acuta (comunemente detta periostite alveolo-dentale) di questo speciale dente.

2. Il dolore di denti causato da malattie della polpa viene ad accessi, che sono più o meno dolorosi e di varia durata, secondo lo stato patologico della polpa. Il dolore non può venire localizzato dal paziente ad uno speciale dente, poichè è dolore riflesso e si diffonde in tutta la regione del ramo del trigemino che innerva il dente malato; se il dolore ha un punto speciale di localizzazione, esso generalmente si trova in corrispondenza dei forami, che dànno passaggio al ramo dentario, sulla superficie ossea esterna, come: nella regione dei forami mentonieri, sottorbitari e sopraorbitari, oppure nella regione dell'orecchio, della nuca o del collo e perfino nella regione sopraclavicolare e nella regione brachiale, secondo qual'è il dente malato. Il dolore di denti causato da malattie della polpa viene a volte suscitato dal contatto con i denti di liquidi caldi o freddi e di sostanze acide, dolci o salate.

3. Il dolore di denti causato da malattie del pericemento (legamento alveolo-dentale, comunemente chiamato anche periostio dentario) è invece perfettamente localizzabile. Il paziente sa

qual'è il dente che è causa del dolore, perchè lo sente più alto degli altri denti sul piano di combaciamento nel chiudere la bocca e perchè sa che non può masticare sul dente malato. Negli stadi avanzati di malattia del pericemento la regione peridentaria è infiammata, tanto che la diagnosi si può fare con lo sola ispezione.

Ricapitolando dunque:

il dolore di denti da disodontiasi del dente del giudizio è localizzato e la diagnosi è possibile mediante la sola ispezione;

il dolore di denti da malattie della polpa è sempre riflesso, diffuso e lontano dal dente malato;

il dolore da malattie del legamento alveolodentale è localizzato alla radice del dente malato.

*Disodontiasi.* — Nei giovani militari accade spesso di dover curare i gravi sintomi di disodontiasi del terzo policuspidato, detto comunemente dente del giudizio. Nei casi in cui il dolore è causato semplicemente dalla pressione che la corona dentale ancora inclusa esercita sui tessuti che la coprono, ma questi non presentano sintomi infiammatori, gioverà molto a far diminuire il dolore la prescrizione di tenere per qualche ora continuamente in bocca, sulla regione dolente, pezzettini di ghiaccio. Per prevenire l'infezione dei tessuti peridentari, frequentissima in simili casi, l'ufficiale medico farà ogni 24-48 ore pennellazioni locali con soluzione iodica. Nei casi in cui l'infezione dei tessuti peridentari è già in atto, le pennellazioni dovranno essere più frequenti.

Piuttosto che la tintura di iodio è consigliabile in questi casi una soluzione acquosa iodo-iodurata, contenente il 10 % di iodio (1).

Nei casi in cui il tessuto gengivale, che copre la faccia combaciante della corona non ancora scoperta, persiste lungamente e viene compresso dalla superficie combaciante dei denti della mascella opposta nei movimenti di chiusura della bocca, causando forte dolore, è necessario di asportare chirurgicamente tale porzione di tessuto gengivale, per evitare che l'infezione di esso si estenda ai tessuti peridentari e per prevenire altre possibili gravi complicazioni. Dopo l'asportazione del lembo gengivale si deve continuare la cura locale con soluzione iodica, finchè l'aspetto dei tessuti peridentari sia per consistenza e per colore completamente normale.

Il trisma, che è causato frequentemente da disodontiasi del terzo policuspidato inferiore, si cura anche con frequenti pennellazioni iodiche sui tessuti peridentari infiammati e con la pulitura dei denti fatta nel miglior modo e il più completamente possibile mediante cotone idrofilo, attorcigliato ad un sottile bastoncello di legno o ad uno strumentino adatto, ed imbevuto di una soluzione antisettica. È consigliabile a questo scopo una soluzione di permanganato di potassio. Gioverà inoltre la prescrizione di sciacqui antisettici da ripetersi frequentemente. In questi, come in tutti i casi di malattie dentali, bisogna insistere energicamente sulla pulitura dei denti con lo spazzolino e sapone dopo ogni pasto.

Qualche volta il terzo policuspidato, non trovando spazio sufficiente nella regione mascellare che dovrebbe occupare e incontrando perciò grande resistenza nei tessuti peridentari, esercita su di essi enorme pressione, ed è causa di accessi di dolore vivissimo, che si ripetono frequentemente e possono prolungarsi per anni; in altri casi, sempre per insufficienza di spazio, la corona del dente assume posizione anormale e può con la sua presenza ledere i tessuti molli della guancia ed impedire la masticazione da un lato della bocca. In casi simili è consigliabile l'estrazione del dente, ma siccome tale operazione presenta difficoltà speciali, è meglio che essa venga eseguita dallo specialista in odontoiatria, piuttosto che dall'ufficiale medico, se questi non possiede l'esperienza tecnica necessaria.

*Malattie della polpa dentale.* — La polpa dentale è un organo delicatissimo, ricco di vasi e di fibre nervose e tanto squisitamente sensibile, che viene volgarmente chiamato il *nervo del dente*. Le malattie di quest'organo avvengono frequentemente a causa di irritazioni traumatiche che esso può subire, specialmente quando viene a mancare porzione di tessuti duri del dente per carie, per frattura, per abrasione meccanica o per erosione chimica. Si ha in un primo stadio l'iperemia della polpa e, se questa non viene curata, ad essa può seguire la stasi, l'infiammazione, la cancrena.

*Iperemia.* — L'iperemia della polpa dentale è facilmente diagnosticabile, tenendo conto dei principali sintomi caratteristici: accessi di dolore nevralgico diffuso e ipersensitività agli stimoli termici e chimici. Interrogando il paziente, si apprenderà che il dolore insorge quando egli mangia o beve sostanze molto fredde o molto calde, dolci, acide o salate. È meno facile la determinazione del dente che ha la polpa iperemica, perchè il dolore derivante da quest'organo, che non è provvisto di senso tattile, *non è locale, ma riflesso e diffuso;* il paziente stesso, che lo sente in punti diversi e lontani,

(1) Pr. Iodio metallico . . . . gr. 1
Ioduro di potassio . . . » 2
Acqua distillata . . . . » 10

non sa indicare il dente malato e generalmente attribuisce il dolore ad altro dente della stessa mascella o anche della mascella opposta. Accade perciò talvolta che il sanitario, basandosi sulle indicazioni del paziente, cura o estrae un dente, che non è quello che ha la polpa malata, ed il dolore continua, malgrado la cura o l'estrazione.

La diagnosi si può fare con certezza applicando su ogni faccia di ciascun dente un batuffolino di cotone idrofilo inzuppato di acqua fredda o dirigendovi con uno schizzatoio o una pompetta di gomma un sottile getto di acqua fredda, mentre si cercherà di proteggere i denti vicini, perchè il getto non cada contemporaneamente su più di un dente. Al contatto dell'acqua fredda la polpa malata provocherà un accesso doloroso o l'esacerbazione del dolore già in atto.

Se il dente, che ha la polpa iperemica, è cariato si può far cessare immediatamente il dolore applicando nella cavità cariosa un piccolo batuffolino di cotone idrofilo imbevuto di un'essenza (essenza di garofano, di cannella, di eucalyptus, ecc.). Prima di applicare la medicazione è necessario di detergere il meglio possibile la cavità cariosa dai detriti che sempre vi si trovano, perchè il medicinale possa venire a contatto dei tessuti dentali. Se si ha a propria disposizione qualche piccolissimo escavatore o strumentino a cucchiaio, esso può servir bene a questo uso; altrimenti si pulirà la cavità con batuffolini asciutti di cotone idrofilo tenuti con le punte di una pinzetta. Dopo di che si applicherà l'essenza, avendo cura che il batuffolino non riempia completamente la cavità e non contenga una quantità eccessiva di essenza, perchè non si espanda sulla superficie dei tessuti molli della cavità orale. Si lascia il batuffolino in posto e si ricopre con altro batuffolino asciutto o meglio ancora imbevuto di tintura di benzoino (20 %) o di una soluzione resinosa, che, assumendo acqua, indurisce e forma come uno strato di vernice che protegge la medicazione. Ottima a questo scopo è la soluzione di sandracca (20 %). La sandracca si scioglie a freddo in alcool assoluto o a bagnomaria in alcool di 90°. Un dente può rimanere così medicato anche per circa una settimana, e se il paziente non può rivolgersi ad uno specialista militare o borghese per l'otturazione della cavità, l'ufficiale medico può rinnovare la medicazione ogni sei o sette giorni.

Se il dente con la polpa iperemica è un dente già otturato, non si può naturalmente praticare la medicazione nello stesso modo, a meno che non si tratti di un'otturazione provvisoria di guttaperca, nel quale caso sarà facile al medico di asportarla con la punta riscaldata di una pinzetta o di uno strumentino aguzzo, medicando poi la cavità con un'essenza.

Se l'otturazione è in metallo o in cemento, in qualche caso potrà momentaneamente giovare l'applicazione di un'essenza sulla corona, ma l'effetto è dubbio. Più utili potranno riuscire sciacqui della bocca con acqua calda e si dovrà poi consigliare al paziente di astenersi per un certo periodo di tempo dalle bevande molto fredde e dall'uso di cibi dolci e acidi. Se gli accessi dolorosi diminuiscono di frequenza e d'intensità la polpa potrà guarire senz'altra cura; se invece aumentano è necessario d'indirizzare il paziente allo specialista. Lo stesso procedimento si dovrà seguire in casi d'iperemia della polpa, causata da frattura del dente con perdita di tessuto duro della corona.

Spesso l'iperemia della polpa è data da abrasione o erosione dei tessuti duri nella regione cervicale della corona, chiamata comunemente colletto del dente, specialmente sulla faccia vestibolare. Anche in questi casi come cura del dolore giova l'applicazione di essenza di eucalyptus sulla superficie abrasa o erosa, oppure l'applicazione di soluzione iodo-iodurata, fatta con un batuffolino di cotone, ma senza lasciare il batuffolino in posto.

Nei denti anteriori (incisivi e monocuspidati o canini), simili abrasioni sono generalmente causate da abuso di polveri o paste dentifricie troppo dure e grossolane e si dovrà avvertirne il paziente, consigliandogli l'uso del sapone come dentifricio ed insegnandogli a pulire razionalmente i denti, come si è detto nel capitolo: « Profilassi ».

Le erosioni superficiali nella regione cervicale dei denti posteriori (bicuspidati e policuspidati, comunemente chiamati premolari e molari) si possono anche curare con applicazione di soluzione di nitrato di argento al 5-10 %; non così nei denti anteriori, perchè il nitrato di argento annerisce il tessuto dentinale. In casi di dolori simili in soggetti ipersensitivi si può anche prescrivere un antinevralgico per via interna (aspirina, piramidone, ecc.).

*Stasi.* — Nella stasi della polpa dentale il dolore non è più ad accessi brevi, ma di lunga durata e non si calma subito dopo la medicazione con un sedativo; il dolore viene maggiormente esacerbato dall'applicazione sul dente di sostanze molto calde che di sostanze fredde. Se il dente è cariato la medicazione della cavità con un'essenza può far cessare dopo qualche minuto il dolore; in qualche caso l'applicazione di un batuffolino di cotone imbevuto di cloro-

formio o di soluzione di mentolo in cloroformio agisce anche più efficacemente. Se la cavità cariosa è profonda, la pulitura di essa deve venire eseguita con molta delicatezza, perchè qualunque pressione sulla polpa farebbe aumentare il dolore. Se dopo la pulitura della cavità si può vedere che una porzione del tessuto polpale rimane allo scoperto si può tentare di pungerlo con la punta di una sonda sottilissima. La puntura riesce dolorosa, ma con l'uscita del sangue, cessando la pressione, diminuisce anche il dolore e l'applicazione del sedativo agirà allora più efficacemente. La polpa dentale però non potrà conservare la sua vitalità e dovrà per conseguenza venire in seguito asportata; perciò si consiglierà in simili casi al paziente di sottoporsi appena lo potrà alle cure dello specialista.

Se il dente con la polpa così malata è otturato o coperto da una capsula metallica, siccome sarebbe difficile poter far diminuire il dolore con calmanti locali, è necessario d'inviare subito il paziente allo specialista.

*Infiammazione della polpa.* — Nei casi d'infiammazione della polpa il dolore è più intenso, più duraturo, ma sempre riflesso; esso insorge però anche alla pressione e alla percussione sul dente ed aumenta con l'applicazione di sostanze calde e *quando il paziente giace in posizione orizzontale.* Gli accessi dolorosi durano anche qualche ora e sono veramente insopportabili; nessun soldato, nessun ufficiale potrebbe eseguire i suoi doveri durante un accesso di dolore per polpite.

La cura immediata è la stessa che per la stasi; giova anche molto in questi casi la somministrazione di un calmante generale, come piramidone, o uno dei tanti antinevralgici che sono in commercio, ma siccome all'infiammazione può succedere dopo qualche giorno un ascesso alveolo-dentario per partecipazione del pericemento o legamento alveolo-dentario al processo infettivo, è necessario d'indirizzare subito il paziente allo specialista.

*Cancrena della polpa.* — La cancrena della polpa avviene generalmente dopo l'infiammazione di questo tessuto in denti cariati o fratturati, ma può verificarsi anche in denti a tessuti duri integri, la cui polpa si è necrosata per trauma o per altra causa. Nei denti profondamente cariati e assolutamente insensibili agli stimoli termici, dolenti o no alla pressione, si può fare con assoluta certezza diagnosi di polpa cancrenata. Il medico può applicare nella cavità cariosa, quando questa esiste, un batuffolino di bambagia imbevuto con un antisettico (acido fenico, formalina, ecc.), chiudendo esternamente la cavità con altro batuffolino di bambagia imbevuto di soluzione resinosa (vedi pag. 930).

Se il dente duole alla percussione e se il paziente ha la sensazione che esso sia più lungo degli altri e sente il dolore nello stringere i denti, ciò significa che il processo infettivo della polpa dentale si è propagato per contiguità al pericemento (legamento alveolo-dentario).

*(Continua).*

## Quali risultati ha il trattamento operativo delle ferite tangenziali del cranio?

(F. SAUER. *Berl. Klin. Woch.*, n. 18, 1915).

Un gran numero di feriti da arma da fuoco del cranio muoiono sul campo, altri sopravvivono qualche giorno in uno stato di incoscienza completa, con respiro stertoroso e con polso teso, fino a che, a poco a poco, si esauriscono e muoiono.

Ma ve ne sono altri i quali non presentano gravi alterazioni dello stato generale; non perdono la coscienza e presentano pochi o nessun segno di paralisi. I forami prodotti dal proiettile sono due, uno vicino all'altro, oppure si trova un solco lacero che interessa le parti molli e il sottostante osso. La ferita è imbrattata da capelli e da corpi estranei e mostra frammenti di sostanza cerebrale.

In questi casi è indicato un lieve intervento per asportare i corpi estranei, le minute scheggie ossee e per medicare la ferita. L'operazione si può fare in anestesia locale e merita appena il nome di trapanazione del cranio.

L'A. è intervenuto 24 volte su ferite di tal genere. L'intervento è consistito in sbrigliamenti limitati e nella formazione di piccoli lembi per scoprire il cranio. Questo spesso era fratturato in estensione maggiore di quel che si supponesse. I frammenti liberi sono stati asportati, si sono regolarizzati i margini della frattura, si sono allontanate le parti di cervello gravemente lese, si è lassamente tamponata la ferita e la si è impiccolita con alcuni punti.

Nessun ferito morì per l'atto operativo; si ebbero risultati buoni anche per ciò che riguarda le paralisi prodotte dal trauma. È notevole che con questi piccoli interventi si fa una revisione delle ferite e si curano lesioni del cranio talora molto più gravi di quello che la ferita esterna lascerebbe supporre.

Complicazioni nel decorso post-operatorio si sono vedute nei casi, nei quali rimaneva un grosso difetto del cranio: si formava allora un prolasso cerebrale che ogni giorno cresceva e lasciava nella medicatura porzioni di cervello disfatto.

Le cagioni del prolasso sono da una parte il difetto esteso della parete cranica e dall'altra la tumefazione infiammatoria del cervello. Quando si può evitar l'infezione, basta coprire la ferita con un lembo di sola pelle o di pelle con periostio per impedire ogni accidente; altrimenti ogni mezzo è malsicuro. Si è raccomandato di tamponare la ferita, secondo Mikulicz; ma si comprende che tale tamponamento deve esser poco efficace, anche perchè non si può applicare in modo esatto.

Il pericolo del prolasso cerebrale ci obbliga a considerare se nelle ferite del cranio non convenga scegliere la terapia caso per caso.

Quando la ferita ha già aperto ampiamente il cranio e ha rotto le meningi, non c'è dubbio che l'intervento non può aumentare il pericolo del prolasso, già esistente; anzi lo diminuirà, permettendo la *toilette* della ferita e favorendo perciò la guarigione asettica. Ma se si trova una semplice depressione del cranio e vogliamo sapere se scheggie del tavolato interno abbiano leso il cervello, possiamo trovarci di fronte a casi nei quali frammenti molto grossi hanno ferito la dura madre. Allora, per asportare questi frammenti, dobbiamo fare ampie trapanazioni e ci esponiamo al pericolo del prolasso, che prima non esisteva.

Questi casi possono essere trasportati senza pericolo, perciò è bene inviarli in un ospedale ove la asepsi è meglio assicurata e ove si dispone di apparecchi radiografici per essere informati sulla sede e sulla grandezza delle scheggie. EGIDI.

## Le ferite penetranti del torace da proiettili di guerra La sindrome emo-pleuro-pneumonica.

(PIÉRY. *Presse Médic.*, 3 giugno 1915).

L'A. insieme con i dottori Gayme, Challier, Charras, e con l'aiuto, per la parte radioscopica e radiografica, dei dottori Chaperon, ha potuto studiare e seguire in tutto il loro decorso ben cinquantatrè casi di ferite penetranti del torace in due ospedali di prima linea. Egli ha diviso le sue ricerche in altrettanti capitoli: 1° studio clinico delle ferite semplici penetranti; 2° studio clinico delle ferite complicate; 3° dati etiologici e patogenetici delle diverse lesioni; 4° nozioni di semeiologia più interessanti; 5° cura.

I. — Nelle ferite semplici penetranti del torace si ha un'unica sindrone clinica variabile solo in intensità e durata, *sindrone emo-pleuro-pneumonica*, anatomicamente caratterizzata da un processo pneumonico accompagnato da emotorace.



La penetrazione del proiettile nel torace provoca choc, dispnea immediata, più o meno lunga ed intensa, emottisi incostante, e raramente profusa. Il giorno seguente alla ferita e nei successivi, con semplici variazioni di intensità si constatano, nei feriti polmonari, i seguenti segni stetoscopici: alla base del polmone leso, per circa un terzo dell'aia polmonare, e posteriormente, suono ottuso, resistente, fremito abolito, apnea; nella zona media submattità, soffio tubarico, fremito rinforzato. Con la radioscopia si rileva un'opacità polmonare digradante dal basso all'alto fino al terzo superiore, in una parola si ha l'immagine classica di un modico versamento pleurico con polmone congesto. Si rileva infine la sede del proiettile. Con la puntura esplorativa si estrae dalla pleura liquido ematico.

Fra i segni funzionali si ha l'*emottisi*; questa, se si verifica subito dopo la ferita, è fatta di sangue rutilante, aereato, spumoso; è piuttosto abbondante, e cessa dopo 24-48 ore. Essa è dovuta a rottura del parenchima polmonare.

L'*emottisi secondaria* si manifesta al 2° o 3° giorno; è fatta di sputi aderenti, gommosi, siero-mucosi, misti a sangue, dovuti alla *polmonite emorragipara* sviluppatasi secondariamente nel polmone leso.

Altri segni funzionali sono: la *dispnea*, la *tosse*, l'*elevazione termica*. Questa insorge al 2° giorno, al 3°, dura 15 giorni in media, e cade per lisi in linea generale.

L'*evoluzione* è variabile molto e si possono distinguere per tal ragione i *casi benigni* dai *casi gravi*. Nei primi la febbre scompare verso il 15° od il 20° giorno, e con essa tutti i segni fisici, o rimane qualche sfregamento alla base del torace ed un respiro alveolare leggero, mentre i sintomi funzionali sono scomparsi già da parecchi giorni.

Le sindromi gravi emo-pleuro-pneumoniche sono rappresentate dai casi con febbre elevata e prolungata per tre-quattro settimane, da fare sospettare, infondatamente però, un piotorace. Si hanno in questi casi i segni fisici classici della polmonite lobare acuta, mentre i fenomeni funzionali (tosse, dolore, dispnea), vi sono meno marcati. Questi sintomi tutti possono durare persino 5-6 settimane, compresa la presenza di liquido ematico nella pleura.

Le ferite penetranti del torace, semplici, guariscono tutte.

Quale *successione morbosa* può considerarsi la comparsa di una bronchite asmatica a lungo decorso.

II. — *Le complicazioni delle ferite penetranti del torace* sono: il *pneumotorace*, l'*emotorace se-*

## Valore terapeutico del "Lactol" in ginecoiatria.

Numerosi sono gli studi fatti da vari autori sulla influenza di taluni preparati, medicamentosi ed alimentari ad un tempo, quali ad esempio il Lactol, sugli stati di esaurimento di iponutrizione, di convalescenza. Non era stata però fatta fin'ora alcuna ricerca sul Lactol, in rapporto a quei disturbi funzionali e organici della donna a cui si connettono gravi perturbamenti nella nutrizione generale e della funzionalità dell'apparato genitale. A ciò ha provveduto opportunamente l'A. che in una sua interessante nota preventiva espone i suoi primi risultati.

Giustamente egli accenna all'azione che l'ovario col suo prodotto di secrezione interna, esercita sul bilancio del Ca e del Ph nell'organismo e sulla fissazione dei sali relativi nelle ossa, in rapporto all'azione più o meno antagonistica di altre ghiandole a secrezione interna, e alla conseguente necessità di sorvegliare il bilancio del calcio e del fosforo in donne che presentano disturbi ovarici. Misura massima di previdenza ritiene l'oppors alle modificazioni morbose del ricambio, con una alimentazione appropriata che valga ad assicurare una opportuna introduzione di sostanze rimineralizzanti in forma organica. A ciò si giunge col razionale raggruppamento molecolare di tutti gli elementi che debbono concorrere al completo rifornimento dell'organismo e con un appropriato stimolo sugli organi a rallentata funzionalità.

L'A., studiando i risultati ottenuti coll'impiego del Lactol da illustri clinici italiani, e mettendoli a confronto con quelli ottenuti nel campo della ginecologia è venuto nel convincimento che il Lactol meriti particolare considerazione nelle forme di alterato ricambio materiale per influenza riflessa della sfera genitale.

L'ha quindi voluto esperimentare in un interessante caso di grave anemia e dispepsia gastro intestinale legato a malattia, insospettata precedentemente, degli organi sessuali (ipertrofia del collo dell'utero, endometrite cervico-uterina, ovarialgia bilaterale).

Sottoposta la paziente ad una severa cura di Lactol, per un periodo di tre mesi, associando delle lavande vaginali di borato di soda che vennero però irregolarmente praticate, si ebbe un così rapido miglioramento che la paziente ritenne superflua una ulteriore sorveglianza medica.

L'A. benchè non dia come definitivo il suo giudizio sul valore del Lactol in ginecologia, a causa del troppo breve periodo di osservazione, sostiene che nel soggetto in esame era evidente il processo di debilitazione organica e di disordini funzionali in rapporto all'alterata funzione sessuale, e che una insperata modificazione di fenomeni morbosi psicofisici fu apportata dalla somministrazione del Lactol.

Prof. Dott. MUZIO PAZZI
Libero Docente Universitario
Direttore Scuola Samaritana Bolognese

## "LACTOL" Dott. Foglino

**Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano**

Con l'approvazione dell'eminente Clinico genovese, il Dott. Foglino valente farmacista di Torino, ha composto questo prodotto farmaceutico il quale accoppia le proprietà di alimento a quello di medicamento e che riesce perciò efficacissimo in quelle varie condizioni morbose nelle quali si devono soddisfare queste due indicazioni.

Il " Lactol „ è infatti il resultato della associazione dei grassi del latte, di principii fosfatati, di acido fosfoglicerico e di vari fermenti digestivi (diastasi, pepsina, pancreatina), tutte sostanze, come si vede, delle quali è universalmente riconosciuto un considerevole valore dietetico e medicamentoso.

La bontà della preparazione del Dott. Foglino ha ottenuto la sua piena sanzione nella prova pratica sui malati. Essa è provvidenziale nei casi diversi di debolezza organica sia che questa derivi da alterazioni costituzionali o sia l'effetto di malattie di lungo corso che hanno logorato l'organismo.

È riuscita di molta utilità nei bambini di costituzione gracile e quindi inclinati al rachitismo e alla atropsia. È un medicamento indicato in genere nelle varie forme di anemia, indicatissimo nelle gastropatie (catarri cronici, gastriti ulcerative), dove urge l'uso di sostanze che in piccolo volume forniscano all'organismo potenti energie nutritive. È facile intendere che in forza della sua composizione il " Lactol „ è indicato e reca benefizi in quelle svariate condizioni morbose del sistema nervoso nelle quali il tessuto si mostra esaurito, quindi nella neuro-astenia, così comune ad osservarsi, nell'isterismo, nella psico-astenia ed in genere negli stati consuntivi.

Avendone fatta assai larga prova nel servizio medico a me affidato nell'Ospedale di S. Maria Nuova, ho potuto confermare le asserite virtù della preparazione Foglino alla quale spetta perciò una felice riuscita nella prova pubblica che sta per farsene.

La preparazione " Lactol „ è accetta ai malati grandi e piccoli per il suo gradevole gusto e i piccoli in specie la usano considerandola come una ghiottoneria.

*Dott.*: MARCACCI GIORGIO
Primario Medico nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Firenze.

# " Lactol "

**Dott. E. Foglino**

*Glicerofosfati al latte tridigestivi su formola del Senatore Prof. Edoardo Maragliano.*

## Alcuni certificati Medici

Prof. Dott. GIUSEPPE CARDI
Medico Primario e Direttore
— OSPEDALE DI RIMINI —

Rimini, 10 Luglio 1913.

Ho sperimentato il " Lactol „ del Dott. Foglino di Torino: posso affermare che esso è un ottimo rimedio ricostituente in stati di esaurimento nervoso e di denutrizione organica: esso mi ha bene corrisposto anche nella terapia infantile, nella quale è perciò raccomandabile.

*Firmato:* Dott. Prof. G. CARDI
Medico Primario Docente Patologia Medica nella R. Università di Modena.

Prof. Comm. CESARE CATTANEO
Direttore della Clinica Pediatrica della R. Università di Parma
Direttore dell'Ospedale dei Bambini di Milano

Parma, 19 Giugno 1913.

Il " Lactol „ Foglino (glicerofosfati tridigestivi al latte), è stato da me ripetutamente esperimentato. Piacevolissimo al palato, viene dai bambini preso volentieri, è perfettamente tollerato e la sua indicazione precipua è nelle forme di astenia in ispecie dei piccoli bambini convalescenti di malattie infettive, sopratutto dell'apparato digerente.

*Firmato:* Prof. Comm. CESARE CATTANEO

CLINICA CHIRURGICA
— PARMA —

Parma, 10 Luglio 1913.

Ho fatto uso del " Lactol „ preparato dal Dott. Foglino, secondo la formola del Prof. Maragliano e l'ho trovato utilissimo per i pazienti operati di stomaco, in quanto bene tollerato e gustato e nutriente. Per questa sua proprietà è utile anche in tutte le affezioni, nelle quali esiste una debilitazione dell'organismo

*Firmato:* Prof. Dott. Comm. A. CECCHERELLI
Direttore Clinica Chirurgica della R. Università di Parma.

DOTT. PROF. CAV. FILIPPO LESSONA
Docente di Ostetricia nella R. Università di Torino

Torino, Maggio 1913

Egregio Sig. Dott. E. Foglino,

Ho usato il " Lactol „ da lei preparato nella mia clientela e lo trovai molto utile nei casi di astenia nervosa e come ricostituente pei bambini. La facilità con la quale viene preso e digerito non è ultimo pregio di questa fortunata preparazione.

*Firmato:* Dott. Prof. FILIPPO LESSONA
Specialista in Ginecologia - TORINO - Via Donizzetti, 9.

**LACTOL - Scatola grande L. 3,00 - Scatola saggio L. 1,00**

Presso le buone Farmacie e presso la SOC. ANON. FARMACEUTICA TORINESE - Via Principi D'Acaia, 44 - TORINO

condariamente *suppurato*, ed il *piopneumotorace primitivo*. Complicazioni di minore importanza sono: le *ferite toraco-addominali*, gli *ascessi del polmone e del mediastino*, le *fratture* e le *osteiti costali*, ecc. Il pneumotorace si verifica quasi nel 50 % dei casi, è quasi sempre parziale e più o meno latente e silenzioso; con fenomenologia dubbia o quasi nulla, esso può indubbiamente essere causa di suppurazione dell'emotorace coesistente. Questa suppurazione secondaria può comparire verso la terza o la quarta settimana, con una nuova ascesa febbrile, e la febbre assume contemporaneamente un carattere di intermittenza o di spiccata remittenza mattutina. Il liquido pleurico intanto diventa come vinoso, quindi cioccolatto, ed infine giallastro fioccoso.

Il *piopneumotorace primitivo* è ancora più frequente, e relativamente benigno, grazie alla pleurotomia, cui si deve ricorrere e subito.

III. — Circa l'*etiologia* le ferite penetranti del torace sono più frequentemente prodotte da palle di fucile che da altri proiettili. La sindrome provocata si può riassumere in questa parola: emo-pleuropulmonite. L'emotorace si constata con la puntura esplorativa, ed è provocato da rottura di vasi del parenchima polmonare. La polmonite, secondo l'A., non si deve considerare come una complicazione eventuale, ma come una reazione anatomica costante del parenchima polmonare al contatto più o meno settico ed offensivo di ogni proiettile, che abbia colpito l'organo, a differenza di quanto hanno fin oggi ritenuto tutti gli autori. A conforto di un tale asserto stanno: i segni fisici, i funzionali, le costatazioni chirurgiche e batteriologiche.

IV. — La *diagnosi* di ferita penetrante del torace si farà nel primo giorno per la improvvisa dispnea e per l'emottisi; nel secondo o terzo giorno per la comparsa della sindrome emo-pleuropneumonica surriferita. Per la diagnosi delle complicazioni valgono la radioscopia, la puntura della pleura, oltre a tutti i segni fisici, sopra ricordati.

La *prognosi quoad vitam* è più benigna di quel che non si creda (salvo le ferite del cuore e dei grossi vasi mediastinici). Però la lunghezza della durata della sindrome pleuro-pulmonare, e la frequenza delle complicazioni infettive debbono essere ricordate dal medico perchè l'infermo non venga trascurato. Quali elementi di prognosi valgono: la intensità dei sintomi, l'esistenza di certi processi o complicazioni, e la resistenza del soggetto sopratutto.

V. La *cura* è immediata, e consecutiva. Cura immediata: riposo del ferito, iniezioni di caffeina o etere contro lo choc, di morfina contro la dispnea, d'ergotina o ipecacuana contro l'emottisi. Quindi digitale ed ipecacuana per evitare il sopravvenire dei fenomeni polmonari. In seguito *nessuna cura chirurgica, nessun vuotamento dell'emotorace*. Proteggere il torace del paziente dal freddo, con impacchi ovattati, e concedere infine un riposo di convalescenza di 2-3 mesi. La cura delle complicazioni è nota per quanto è scritto nei trattati. Nella comparsa di pus nella pleura si ricorrerà alla *pleurotomia* e subito, ed in ogni caso.

GIACINTO QUARTA.

## Cura delle artriti purulente in chirurgia di guerra.

(CHAPUT. *Presse méd.*, 3 giugno 1915).

Le artriti del ginocchio non hanno tutte una evoluzione clinica: alcune guariscono spontaneamente senza intervento, dopo apertura spontanea; altre con l'artrotomia semplice; altre richiedono complessi interventi d'artrotomia; altre ancora richieggono la resezione; altre infine reclamano l'amputazione.

Nelle artriti purulente con interessamento grave della rotula, dei condili femorali, si aprirà largamente l'articolazione e si asporterà la rotula o i condili, previa resezione, ovvero si farà la resezione completa del ginocchio.

Quando sono rotti i condili femorali o l'estremità tibiale, mentre è integro l'altro estremo articolare, è preferibile resecare i condili sani perchè le superficie saranno meglio proporzionate fra loro e si riuniranno più facilmente.

Nelle lesioni molto estese del femore e della tibia, che richiedono la soppressione di lunghi tratti di osso, è preferibile alla amputazione l'asportazione delle parti lese, e l'estensione continua e protratta per lungo tempo dell'arto.

L'artrite purulenta è spesso la conseguenza di una frattura soprarticolare suppurata, con rottura della capsula articolare infettante l'articolazione. L'artrotomia semplice (incisione pararotidea) si eseguirà nei casi benigni, o nelle forme molto gravi che mal sopportano un lungo intervento.

L'*artrotomia complessa* si userà nei casi gravi. Questa si è eseguita fin oggi o col metodo di Kaufmann, consistente in incisioni pararotulee e retrocondiloidee con drenaggio passante sotto i legamenti laterali; o col processo di Lazaroff, che apre l'articolazione con l'incisione ad U. Metodi entrambi, che rendono difficile od impossibile la guarigione perchè lasciano numerosi cul di sacco e diverticoli.

Ad evitare tali inconvenienti l'A. consiglia la seguente tecnica:

Fatta l'incisione ad U come per la resezione, e sollevato il lembo cutaneo-muscolare, si reseca la rotula, si tagliano i legamenti laterali, si asportano i legamenti crociati ed i menischi, si reseca il pacchetto adiposo, il tendine rotuleo e la borsa pretibiale, si denuda completamente la faccia posteriore dei condili femorali e tibiali fino alla diafisi. Vengono così aperti gli ascessi retrofemorali e retrotibiali. Si apre anche con la forbice l'articolazione peroneo-tibiale. Si drenano quindi con striscie di caoutchouc di 2 cm. di larghezza, o con drenaggi aperti in tutta la loro lunghezza, per evitare l'ulcerazione dei grossi vasi, i cul di sacco tricipitali, e la regione retro-articolare. Il drenaggio retroarticolare si fa con una incisione poplitea postero-esterna, che eviti i vasi e lo sciatico popliteo esterno, ovvero passando dei drenaggi dalla regione sopracondiloidea esterna del femore alla regione infracondiloidea interna della tibia; regioni queste nelle quali più facilmente si formano raccolte purulente. Ad evitare attriti del drenaggio si apre indietro il *balcone tibiale* nel suo terzo medio, cioè la saglienza orizzontale che formano indietro le superficie articolari della tibia, in modo che il drenaggio possa facilmente scivolare nella fenditura intercondiloidea del femore ed in quella artificiale del *balcone tibiale;* si ha così un *drenaggio posteriore diagonale.* Questo è indicatissimo nelle raccolte retrofemorali o retrotibiali. Le raccolte della coscia si apriranno per tutta la loro lunghezza e verranno zaffate con garza; l'articolazione peroneo-tibiale superiore si drenerà con striscie di drenaggi.

*Riassumendo le indicazioni,* possiamo dire: 1° le gravi lesioni delle superficie articolari richiedono l'exeresi delle parti malate; 2° in casi di artrite benigna, e in quelli in cui lo stato generale è cattivo, occorre fare la artrotomia semplice, cioè la semplice incisione dei cul di sacco del ginocchio; 3° nelle artriti gravi la resezione è il metodo di scelta; se il ferito la rifiuta si può eseguire l'artrotomia completa, così come sopra è descritta.

*Tecnica dell'artrotomia della spalla.* — A drenare completamente e perfettamente la spalla, l'A. ha eseguito, e consiglia il seguente metodo: incisione verticale anteriore della articolazione, sezione del deltoide, e incisione su tutta la sua lunghezza della guaina del bicipite. Taglio quindi della capsula articolare sulla testa omerale in senso circolare su tutta l'estensione della sua inserzione all'omero. In tal modo si riesce di portare in alto la testa omerale, per potere raggiungere la regione interna del collo chirurgica, e liberarla di tutte le parti molli, che vi si inseriscono. Quivi si pone il drenaggio perchè quivi si raccoglie il pus. Con una lunga pinza retta tenuta ben verticale, si perfora il deltoide indietro un po' al disotto dell'acromion, si solleva la pelle con il becco della pinza, e la si incide verticalmente per 2-3 centimetri, e si fa uscire la pinza dall'incisione, perchè possa afferrare e portare nel cavo articolare una striscia di caoutchouc larga 2 centimetri e lunga 12 centimetri, colla quale (imprimendole dei movimenti di va e vieni) si farà scolare ogni giorno il pus.

Quando l'artrotomia, così fatta, non è seguita da miglioramento evidente, occorre resecare la testa omerale se la scapola è intatta; se è fratturata, si reseca tutto lo sperone glenoideo, e si asporta.

*Tecnica dell'artrotomia del gomito.* — I processi classici non sono sufficienti al drenaggio del pus. L'A. quindi consiglia il seguente metodo: lunga incisione mediana posteriore come per la resezione; distacco del tendine del tricipite al suo estremo e sui bordi dell'olecrano, dopo avere denudato con una sgorbia la faccia posteriore di questa apofisi. Resezione quindi dell' olecrano alla sua base, per dare esito al pus in un punto declive. Si denuda quindi col bisturì la faccia posteriore ed il bordo esterno dell'omero fino all'epicondilo incluso, e la testa col collo del radio. Si denuda anche il lato interno dell'omero e del cubito come per la resezione, si lussa l'omero e si lussa la faccia anteriore di quest'osso, del cubito e del radio. Con una sgorbia si perfora largamente la cavità olecranica dell'omero in modo da passarvi il polpastrello del medio. Con una pinza curva si tira da dietro in avanti attraverso la perforazione omerale una striscia di caoutchouc, si porta avanti l'articolazione, le si fa circondare il collo del radio, e quindi si fa uscire di nuovo posteriormente.

Si pone in modo analogo un'altra striscia al lato interno della interlinea. In tal modo vengono drenati ampiamente l'articolazione e tutti i diverticoli.

*Artrotomia del pugno.* — In un primo tempo si fa una semplice incisione verticale sull'asse del III metacarpo che interessi il carpo di basso in alto per tutta la sua lunghezza. Si incide la capsula ed il periostio fino all'osso, si sbriglia largamente la faccia dorsale del carpo, e si zaffa con garza, che si cambia ogni 24 ore. Ciò non bastando, si asporta il semilunare e si fa il drenaggio transcarpico; si fa una controapertura alla palma in corrispondenza della loggia del semilunare e si passa un drenaggio che traversi la regione del carpo da parte a parte.

In alcuni casi oltre al semilunare occorre portar via anche il *grande osso*, tagliando le articolazioni delle faccie laterale e inferiore di detto osso, che prolungano le faccie corrispondenti dell'estremità superiore del III metacarpo. Si può pure così portar via il trapezoide.

Se infine con tale intervento non si ottiene miglioramento notevole, si ricorrerà alla amputazione.

*Artrotomia dell'anca. Tecnica.* — È difficile il drenaggio di questa articolazione perchè situata molto profondamente.

L'A. consiglia il seguente processo: Incisione ad H, le cui branche verticali, lunghe da 15 a 18 cm., corrispondano l'una al bordo anteriore, l'altra a quello posteriore del trocantere; la branca orizzontale è situata a 2 o 3 centimetri al disotto del bordo superiore del trocantere. Incisione profonda fino al femore e asportazione del trocantere con le parti molli che vi si inseriscono. Incisione dei muscoli sul bordo superiore del collo del femore, e scopertura della faccia anteriore e posteriore della capsula articolare. Incisione di questa in avanti per tutta la sua lunghezza, indietro e sul bordo superiore del collo femorale, ed escissione larga della capsula. Scopertura quindi del collo del femore fino alla diafisi. Messa a nudo la regione posteriore del ciglio cotiloideo si asporta con un coltello la parte posteriore della testa del femore, e nel fondo del cotile si introduce un drenaggio del volume di un mignolo. Con una lunga pinza curva si passa sotto l'angolo cervico-diafisario da avanti indietro e si fa scivolare una lunga striscia di caoutchouc larga 2 centimetri, che serve ad assicurare il drenaggio. Si pone un drenaggio nel fondo della cavità cotiloide nella fossa scavata sulla testa del femore. Si lasciano tutte le incisioni largamente beanti, e si zaffano con garza, che si cambierà ogni 24 ore.

Se con questo metodo non si ottiene rapido miglioramento, occorre ricorrere alla resezione della testa con una grossa pinza di Mac Ewen, e drenare la cavità cotiloide.

Non bastando nemmeno tale demolizione, si ricorrerà, come *extrema ratio*, all'amputazione della coscia nella sua parte più alta.

*Tecnica dell'artrotomia del collo del piede.* — Questa articolazione è difficile a drenare perchè le superficie articolari sono separate da spazi stretti, che non ammettono drenaggi. Così pure merita considerazione negli interventi in questa regione l'articolazione peroneo-tibiale inferiore.

Si deve fare, secondo l'A., un'incisione anteriore un po' in fuori del malleolo interno, lunga 4-5 centimetri, sulla tibia, da aprire largamente l'articolazione; se ne fa un'altra analoga all'interno del malleolo esterno, e si apre largamente l'articolazione peroneo-tibiale. Si fa quindi una incisione ad L sui bordi posteriore ed inferiore del malleolo interno, congiungendola con la incisione antero interna sopra riferita. Si aprono largamente la guaina del tibiale posteriore e quelle dei flessori; si taglia completamente il legamento laterale interno, e si raschia la faccia posteriore della tibia e dell'astragalo.

Sul bordo posteriore del malleolo esterno si fa una incisione ad L in modo che passi sotto la punta del malleolo e si congiunga in avanti con l'incisione premalleolare. Si reseca e si asporta l'osso scafoide in modo da assicurare un buon drenaggio del collo del piede e della guaina del flessore che vi passa. Si tagliano completamente i legamenti esterni e si passano dall'avanti all'indietro due striscie di caoutchouc di 5-6 mm., l'una fra il perone e la tibia, l'altra fra il malleolo esterno e l'astragalo; una terza fra il malleolo interno da una parte e l'astragalo e il tibiale posteriore dall'altra; ed una quarta trasversale fra la faccia posteriore della tibia ed i tendini flessori.

Se non si ottiene miglioramento con questo metodo, si asporti l'astragalo attraverso le incisioni anteriori e si passi un drenaggio antero-posteriore dall'incisione antero-interna alla postero-esterna. Come ultima risorsa si farà l'amputazione.

GIACINTO QUARTA.

## Setticemia gangrenosa.

(PR. BROCA. *Journal des Praticiens*, n. 21, 22 maggio 1915).

La vera setticemia gangrenosa si presenta sotto il seguente aspetto. La ferita ha l'odore caratteristico della gangrena e somiglia al flemmone gangrenoso limitato, è di aspetto nerastro con secrezione icorosa e con bolle di gas. Ma il gonfiore degli arti in confronto al flemmone è assai più considerevole ed è totale, estendendosi delle volte al disopra e al disotto della ferita. La tumefazione è dura, tesa, di colorito rosso cupo come nella eresipela bronzina, su di essa si vede il reticolo venoso superficiale violaceo, più tardi bruno nerastro. Il gas s'infiltra nei tessuti che dànno un suono sonoro alla percussione; al disopra del focolaio primitivo il gas si manifesta sotto forma di crepitazione caratteristica, la quale si percepisce anche sui tessuti sani non infiltrati, nè edematosi, al disopra del focolaio, dimodochè essa rappresenta un precursore di questa infezione centripeta, che si propaga colla rapidità fulminea: nei casi gravi la

crepitazione si nota già qualche ora dopo avvenuta la ferita, e in uno, due giorni si ha un'enfisema crepitante del tronco, del torace e dell'addome (crepitazione a distanza). L'altra caratteristica è rappresentata dalla mortificazione in massa, cominciando dal basso in alto. Nelle ferite degli arti inferiori, il piede, poi la gamba diventano freddi, lividi, insensibili, i tegumenti si ricoprono di larghe ecchimosi violacee, sopra le quali si sollevano delle flittene, come ciò avviene nei cadaveri in putrefazione.

In contrario alle descrizioni classiche, il dolore è spesso lieve, fatto dovuto forse alle condizioni gravi: faccia plumbea e pallida, quasi subitterica, occhi infossati, dispnea, lingua arida, polso piccolo, molle, frequente, ineguale ed irregolare, delirio, febbre alta (40°-41°).

La patogenesi di questo quadro clinico non è del tutto chiara, generalmente oltre ai piogeni comuni si trovano quasi sempre il colibacillo, il piocianeo ed il perfringens, ma nessuno di questi è specifico.

Cause predisponenti sono: le ferite profonde con interessamento delle ossa e dei fasci nervovascolari e la lunga permanenza del laccio emostatico, il quale, spesso inevitabile nel campo di battaglia, deve essere applicato il meno possibile e sempre molto distante dalla ferita. Perciò, secondo Venuin, Girode e Haller, la necessità ai posti di medicazione di chirurghi capaci di legare i vasi. Ciò che si è detto per il laccio vale anche per le medicature troppo strette.

L'A. parla poi delle indicazioni terapeutiche: la regola classica è di amputare immediatamente e di preferenza nella porzione sana, non ancora invasa dall'edema premonitorio della gangrena, si può ottenere così la riunione immediata, drenando largamente e tenendo d'occhio di levare i punti non appena vi è un allarme. È l'unica condotta possibile quando si tratta di operare presto e di evacuare presto i feriti. L'A. insiste specialmente sui larghi sbrigliamenti, come su una regola fissa, nel trattamento della setticemia gassosa diffusa accompagnata o no da cangrena massiva; questi si possono fare o col termocauterio o con bisturi, se il tempo preme: incisioni longitudinali del sottocutaneo ed anche dell'aponeurosi sono indispensabili e spesso arrestano la diffusione del processo.

Oltre a ciò si possono praticare delle iniezioni di acqua ossigenata, creando alla radice dell'arto una barriera di ossigeno, che arresta l'invasione degli anaerobi. Quando la cangrena è massiva, umida, ascendente, si può ancora attendere, prima di amputare, ma solamente a condizione di disseccare, mummificare e disinfettare le parti sfacelate. In proposito sono interessanti gli esperimenti di Quénu e Morestin: Quénu ha carbonizzato coll'aria calda a 800°, Morestin ha imbalsamato esternamente e colle iniezioni interstiziali di una miscela a parti uguali di glicerina, felisolo e formolo. Tutti e due però sbrigliano largamente il focolaio traumatico e la zona d'invasione non ancora in sfacelo. I risultati sono già rilevanti, se in questo modo si riesce ad amputare invece della coscia la gamba. Aggiungiamo subito che tutte queste pratiche richiedono un chirurgo esperto ed una sorveglianza continua ed accurata del paziente. Del resto anche l'amputazione precoce e tardiva non riesce spesso a salvare il paziente: l'A. su 5 casi ebbe 5 morti e lo stesso riferiscono Tuffier e De Mauclaire.

Trattati colle regole sovraesposte possono guarire i flemmoni circoscritti sia gassosi o no, come pure guariscono le cangrene umide delle estremità, localmente gassose, con un po' di suppurazione, con una tendenza all'ascensione, ma tendenza lenta e senza diffusione flemmonosa o gassosa, donde l'opinione ottimistica di alcuni AA. sul numero considerevole di guarigioni di setticemia cangrenosa.

CASIMIRO FRANK.

## La profilassi della febbre tifoide sul campo di battaglia.

Il dott. A. Colard rileva, nella *Presse Médicale* del 17 giugno 1915, le difficoltà incontrate per una efficace profilassi della febbre tifoide fra le truppe francesi combattenti.

L'acqua è difficile a sterilizzare: i soldati si ribellano a tutti i mezzi chimici e gli altri procedimenti non sono spediti.

L'attuazione di latrine, la disinfezione e l'asportazione dei materiali di rifiuto, misure prescritte dal Servizio sanitario di guerra, sono eccellenti in teoria; ma i soldati per lo più non si danno la pena di servirsi delle latrine, mancano della *mentalità sociale* che ispira il rispetto per la salute pubblica: sarebbe utile all'uopo di completarne l'educazione, sia nelle caserme, sia a mezzo di fogli volanti.

Importerebbe rintracciare i bacilliferi e procedere alla loro evizione; ma riesce impossibile di compiere gli esami batteriologici necessari: sarebbe già molto limitare gli esami batteriologici ai convalescenti, i quali andrebbero tenuti lontani finchè le prove colturali non risultano negative.

Queste misure, oltre che al tifo, si applicano in tutto od in parte alla dissenteria, alle enteriti non specifiche, ai parassiti intestinali, ecc.

La vaccinazione antitifica, la quale esercita una protezione efficace contro il tifo, è stata praticata lentamente, perchè la Francia venne colta alla sprovvista dalla guerra. Sarebbe necessario di estenderla ora alla popolazione civile, come già si è cominciato a fare.

R. B.

### Sulla cura delle "dermatosi di guerra".

(C. BRUCK. *Münch. med. Wochenschr.*, 11 maggio 1915).

Fra le cosidette dermatosi di guerra stanno naturalmente in primo luogo le affezioni cutanee di origine parassitaria. La scabbia si mostrò già fin dai primi tempi della guerra, e si mantenne su per giù nelle stesse proporzioni anche nei mesi invernali: la *pediculosis vestimentorum* si manifestò in notevole quantità nel teatro occidentale della guerra soltanto dal dicembre in poi.

Le dermatosi dovute ad ifomiceti occupano invece un posto secondario. Mai si ebbero ad osservare casi di tricofizia in numero maggiore che non in tempo di pace e sempre in forme superficiali. Solo di rado, nei primi mesi della guerra, si osservarono casi di pitiriasi rosea, la quale malattia l'A., malgrado la ignota etiologia, colloca in questo gruppo di affezioni. Appena però con l'inizio dell'inverno i soldati incominciarono ad indossare maglierie di lana nuove, la pitiriasi rosea aumentò notevolmente.

Ciò mette in evidenza una volta di più un fatto già osservato altre volte, che cioè spesso l'apparizione della pitiriasi rosea coincide con l'aver indossato della biancheria di lana, nuova e non ancora lavata.

All'infuori delle *piodermiti*, di cui si parlerà fra poco, non si osservò una maggiore frequenza di altre dermatosi. Casi di eczema, eritema polimorfo, porpora, tubercolosi verrucosa dalla cute, *lichen planus*, furono osservati qua e là: dermatosi più rare non furono mai riscontrate.

È notevole che l'A. non riuscì a vedere se non 2 casi di psoriasi sopra molte migliaia di soldati feriti. Forse la vita di guerra ha un'influenza favorevole sul decorso di questa malattia: tutti sanno infatti quanta importanza abbiano nella cura della psoriasi il tenor di vita, la nutrizione, ecc.

Le *stafilodermie* si debbono invece, come la scabbia e la pediculosi, considerare quali dermatosi di guerra vere e proprie. Casi di foruncolosi, impetigo contagiosa, eczema impetiginoso (specie del capo), ectima, si osservano ogni giorno. L'impetigo contagiosa soprattutto, non soltanto delle parti scoperte, ma anche del rimanente della pelle, con le sue croste spesse, ben delimitate, grigio-giallastre, si osserva con straordinaria frequenza.

Per queste forme stafilococciche l'A. si è molto giovato della *istopina* Wassermann (estratto sterile di stafilococchi patogeni) in pomata. Questo preparato, inducendo una immunizzazione locale della cute ammalata e delle parti vicine, risponderebbe assai bene sia per curare i focolai in atto che per prevenire nuove localizzazioni dell'infezione.

V. MONTESANO.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

SANATORIO ANTIMALARICO MORABITO.

## L'amigdalite ulcero-membranosa

### (Due casi di angina del Vincent)

per il dott. CARLO TACCONE, dirett. del Sanatorio.

L'essermi contemporaneamente capitati in pratica e nello stesso paesello due casi di angina necrotica del Vincent, con sindrome esteriore comparativamente molto differente tra essi, mi dette agio di seguirli nel decorso, e raccogliere i dati relativi per farne oggetto della presente nota.

E riferirò per sommi capi le storie cliniche.

G... N... di Vincenzo, di anni 10, contadino, da San Gregorio d'Ippona, sorpreso da un acquazzone, mentre guidava il suo carro, non fa in tempo ad asciugarsi, e riscaldarsi perchè lontano di casa sua, e si rifocilla alla meglio per istrada con un bicchiere di vino. Il giorno appresso assalito da febbre, tosse, dolori articolari è costretto a rimanersene a letto.

La febbre, i fatti reumatici e catarrali diminuiscono dopo un paio di giorni, con le solite cure famigliari, ed un po di chinino di Stato, che la famiglia ha a portata di mano, perchè residente in zona malarica.

Ma dopo qualche giorno vengo chiamato di urgenza dal padre, perchè insieme al rinnovarsi della febbre, all'aumento della tosse, era comparsa un'enorme tumefazione glandolare al collo con ingrossamento delle tonsille, tanto che il degente non riusciva più a deglutire.

Osservo l'infermo, un ragazzo bruno, di costituzione scheletrica regolare senza altri dati ereditari o personali degni di nota, in preda a certa dispnea, con tosse stizzosa umida, non crupale, alito fetido, scialorrea, viso congesto, con scolo siero-mucoso abbondante da entrambe le cavità nasali; con tumefazione notevole delle glandole sotto-mascellari e cervicali, tanto da darmi l'apparenza di un pseudoleucemico. Osservo con certa difficoltà le fauci;

e noto un diffuso arrossimento del palato, del velopendolo dei pilastri e delle tonsille; queste ultime, e specie la destra così tumefatte, e congeste da occludere quasi completamente lo spazio faringeo. La superficie mucosa dell'amigdala sinistra è turgida, scarsamente intramezzata tra le cripte di qualche zaffo mucoso filiforme, che facilmente si lascia detergere. Noto ancora sull'orifizio interno delle pinne nasali ed anche sulla cute del labbro superiore delle ulcerazioni irregolari della grandezza di una lente, con fondo sanguinante necrotico, estese anche all'angolo esterno del labbro inferiore e con disposizione erpetiforme.

Con la cura opportuna dopo due, o tre giorni tali fenomeni vanno regredendo, ma la febbre si mantiene alta, la tosse, lo scolo nasale, l'alito fetido e la disfagia persistono. Riveggo e riosservo, il mio infermo, e mentre noto come sopra, la miglioria dei fatti locali, e la riduzione dell'infiltrazione glandolare specie quella di sinistra; sull'amigdala destra estendentesi quasi ad occuparne la metà noto una membrana *grigio-brunastra,* tenace, viscida con propagini infiltranti il parenchima glandolare rassomigliante quasi ad un frammento di scura e densa fuligine. Comprendo subito di trovarmi in presenza della membrana ulcero-necrotica del Vincent impiantata sull'amigdalite reumatica catarrale, e ne faccio la cura opportuna con esito dopo pochi giorni in guarigione; mentre i parenti allarmati da persone poco pratiche ed imprudenti si temevano da un momento all'altro la morte per gangrena della gola.

Simultaneamente viene alla mia osservazione, una ragazza di anni 12 certa D... C... di Gregorio, dello stesso paese, campagnuola.

La madre che precedentemente, cioè 3 mesi prima avea assistito un'altra sua figliuola affetta da scarlattina maligna, e morta a quanto pare in seguito ad angina gangrenosa con distruzione del velopendolo, del palato molle e focolai piemici multipli periarticolari, corre spaventata da me per farmi visitare la figliuola, una rubiconda e simpatica contadinella. E mentre nulla di anormale mi risulta dall'anamnesi, mi si racconta che la fanciulla in piena salute fu colta da modica febbre con dolore alla gola. Ed infatti all'esame obbiettivo riscontro una lieve iperemia flogistica dell'istmo delle fauci, ma nell'amigdala destra la solita tipica membrana ulcerosa delle dimensioni di una unghia, e tanto aderente da sembrare quasi incollata; le glandole, l'alito, le tonsille, la secrezione salivare, e nasale in condizioni fisiologiche; anzi la paziente per nulla preoccupata della sua malattia, e seccata delle premure della madre, si era vestita e se ne stava seduta sulla soglia della porta di casa.

Rassicurata la povera donna, e prescritta una cura locale, dopo tre giorni scomparve la piastra necrotica, e tutto si riduce *ad pristinum* senza conseguenze.

E veniamo ad alcune considerazioni clinico-diagnostiche del caso.

Alcuni testi di patologia medica nella definizione delle angine necrotiche non sono certamente di un ordine e di una chiarezza ammirevole; si fa spesso confusione tra le angine difteroidi, le necrotiche semplici di origine banale, e le gangrenose, dove esiste sempre, od una simbiosi bacterica, o l'azione virulenta di germi flogogeni d'indole maligna o specifica; non potremo altrimenti spiegarci le molteplici individualità nosologiche in simili affezioni della gola; e tale confusionismo riportato in pratica con la sinistra prevenzione del volgo per tutte le angine, che teme siano di origine difterica, mette spesso in imbarazzo il giovane pratico. Sarebbe desiderabile, a prescindere dal reperto batteriologico, che non è di tutti i medici, specie nei piccoli centri, che venissero fissate sia pur scolasticamente quelle poche linee differenziali, che servissero di guida al principiante se non per fare una diagnosi *d'emblée* almeno per tracciare un indirizzo curativo. Ed infatti a cominciare dall'angina lacunare, follicolare, o pseudomembranosa semplice alle forme setticemiche gravi c'è una gamma di varietà tali di chiazze, placche pseudomembrane, membrane, piastre, escare cotenne, che spesso solo il quadro clinico completo, e l'esame microscopico sollecito, e culturale, potrebbe essere una guida sicura mentre pel medico condotto l'iniezione di siero antidifterico non sempre immune di pericoli costituirebbe, *a iuvantibus,* una reazione di prova.

Il Dieulafoy ha ben descritto con pochi tratti di penna con la chiarezza propria dei clinici francesi il decorso dell'amigdalite del Vincent. Però non sempre l'amigdalite si associa alla stomatite ulcero-membranosa, nè le glandole son sempre ingorgate e l'alito fetido; sebbene la causa etiologica deve sempre riportarsi ad una flora bacillo-spirillare che permette la guarigione con la detersione della mucosa appena comincia a scemare la vitalità dei noti microrganismi; nè deve confondersi col sifiloma iniziale o colla difterite. E noi abbiamo potuto rimarcare la tenuità dei sintomi nel nostro secondo caso, mentre era indubbia la causa patogenetica.

L'angina necrotica (tonsillite-necrotica di Strumpell) si presenta in forma di una patina grigio-biancastra, senza essudato, con necrosi superficiale, talvolta profonda del parenchima; staccatasi l'escara, resta un'ulcerazione epiteliale della mucosa quasi che le granulazioni follicolari siano *decapitate.* Ma nell'angina del Vincent la patina non è che grigio-biancastra subito ai primordi, poi assume un colorito grigio-nero di fuligine umida, attaccaticcia, molto tenace, tanto che con gran difficoltà si lascia strappare a piccoli frammenti da un batuffolo di cotone.

E l'esame microscopico fa notare come essa pervenga da un ammasso di detriti di epiteli,

di corpuscoli di muco, e pus disfatti con entro numerosi bacilli fusiformi.

Ora l'Henoch parlando dell'angina *cotennosa* del Trousseau (*angine couenneuse*) dice che la sua essenza è data da brandelli *pseudomembranosi* bianchi o grigi composti di fibrina amorfa, di cellule di pus, di epitelio, e contenenti un gran numero di streptococchi e stafilococchi; e tale flogosi faringea non ha che la semplice rassomiglianza con la difterite. L'Heryng e il Bujwid in casi di angina ulcerosa semplice benigna ricoperte di patina grigio-bianca trovarono come agenti patogeni lo *streptococcus variegatus* e *monomorfus*. Il Lasagna che ha studiato dal lato batteriologico 12 casi di angina del Vincent è riuscito ad isolare in coltura il bacillo stesso. Le iniezioni in animali sotto la mucosa orale produssero necrosi localizzata al punto d'iniezione. Il prof. Quarnaccia ed il dottor Lavagna facendo l'esame a fresco di un'escara, hanno riscontrato tutto il campo microscopico pieno di bacilli fusiformi rigonfiati al centro ed affilati alle due estremità; l'escara proveniva da un placca grigio-sporca gangrenosa di un bambino di sette anni affetto da angina necrotica del Vincent. Il Baginshi riporta tutta la sindrome fenomenica della suaccennata affezione in conseguenza di flogosi primarie difteroidi, ed anche in queste sieno pur di origine scarlattinosa o meno non è necessario che vi si riscontri il bacillo di Klebs-Löffler, come ebbero a dimostrare con ampie ricerche il Wurtz e Baurges, Sevestre, Escherich, Sorensen, Kurt e Mie.

Anzi, secondo Giron nelle forme necrotiche scarlattinose, mentre troviamo l'alito fetido, il getto nasale abbondante, lo sfacelo si propaga sulle parti molli sino a produrre vaste perdite ed il reperto batteriologico comunemente non è dato che da streptococchi e stafilococchi di diversa virulenza.

Il Brindel e Raoult nel rapporto presentato alla Società francese di laringologia nel 1900 sostengono come l'amigdalite non sia che una localizzazione della stomatite ulcero-membranosa; un'entità nosologica speciale rappresentata da un'ulcera escarotica dovuta all'azione di un microbo speciale, quello del Vincent, con saprofiti buccali. Il Raoult comunica negli *Annali di laringologia* del 1894 dei casi primari di amigddalite, cioè non dipendenti da alcuna stomatite appunto come è capitato nel nostro secondo infermo.

Simonin ha osservato un certo numero di soggetti; in cui le lesioni ulcero-membranose della regione bucco-faringea (amigdale, gengive, mucosa boccale, lingua) create dall'associazione del bacillo fusiforme e degli spirilli furono seguìte da varî accidenti secondarî, gli uni cutanei (eruzioni polimorfe, purpura emorragica), gli altri localizzati sulle sierose (artralgie, pleuriti) o nei grandi parenchimi (broncopolmoniti, nefriti, miocarditi).

Queste diverse complicazioni sembrano dovute all'intervento di microbi piogeni e principalmente allo streptococco. L'associazione fuso-spirillare si limita a creare l'ulcerazione locale che forma la porta di entrata più o meno largamente aperta alle infezioni secondarie. L'esperimento prova che il bacillo fusiforme e le spirille sono incapaci di generalizzarsi

Può darsi talora che la complicazione per l'obiettività dei suoi sintomi e la loro intensità occupi tutta l'attenzione dell'osservatore al punto di fargli disconoscere la lesione primitiva di cui però è così essenzialmente necessario di ottenere la cicatrizzazione coi mezzi appropriati e scelti dalla moderna terapia.

Nei nostri due infermi mentre troviamo due diversissime gradazioni dello stesso quadro nosologico, giacchè nel N... esiste la sindrome completa dell'angina necrotica del Vincent secondaria ad un'agina follicolare; nella C... l'unica espressione è l'ulcero-membrana tipica simile per caratteri macroscopici e microscopici a quella raccolta nella tonsilla del primo. Ed infatti i due frammentini raccolti per l'esame batteriologico su di una filaccia di cotone lavati, diluiti e trattati separatamente col bleu di Loeffer e liquido di Ziehl, insieme a cocchi boccali mostrarono ugualmente il contenuto di parecchi bacilli appuntiti agli estremi e con centro ingrossato e ripieno di vacuoli e granulazioni.

Per la produzione di pseudomembrane non è assolutamente necessario un veleno specifico; ed anche i batteriologi ammettono che siano sufficienti a produrle gli streptococchi, stafilococchi ed anche pneumococchi, tutti microrganismi che fanno parte dei bacteri ordinari della cavità orale.

È probabile che questi microrganismi in particolari circostanze, non ancora conosciute, esplichino la loro azione patogena sulle cripte delle tonsille; ciò che servirebbe a spiegare anche come non di rado si ammalino più membri della stessa famiglia. Anzi, secondo il Veigert ed il Cohnheim l'epitelio si conserverebbe ancora intatto durante la produzione del catarro e solo dopo la sua morte per effetto dei microrganismi, e la sua eliminazione, si coagulerebbe l'essudato fibrinoso prodotto dalla mucosa infiammata e si formerebbe la pseudomembrana. Con ciò si comprende come ogni forma di larin-

gite, e faringite catarrale più o meno intensa ove esiste il bacillo fusiforme del Vincent in simbiosi con la ordinaria flora batterica può produrre l'angina necrotica.

La durata della malattia nei nostri infermi fu diversa; nel primo fu di giorni 12, nel secondo di giorni 4; le glandole sottomascellari, e cervicali nel primo caso si ridussero ben presto senza cura veruna, come con semplici lavande sterili si rimarginarono le ulcerazioni erpetiformi accennate. Nell'N... per tranquillizzare la famiglia, in primo tempo abbiamo praticato delle iniezioni di siero antidifterico secondo il metodo francese, ma senza esito veruno; la membrana necrotica rimase tenace alla sua base nonostante il siero, e solo dopo parecchi giorni in seguito ad assidua cura locale si lasciò asportare in frammenti, permettendo al tessuto sottomucoso di detergersi rapidamente. La C... è guarita senza febbre e con semplici pennellature locali e colluttorî.

Ed ora un cenno sulla cura.

Il trattamento dell'angina necrotica deve essere esclusivamente locale, oltre la cura sintomatica del caso; con l'intendimento di distruggere le false membrane, espellere i frammenti ed impedirne la riproduzione dando agio all'epitelio di rifarsi.

Ad ottenere questo doppio scopo son necessarî i lavaggi ed i colluttorî antisettici. I lavaggi agiscono sopratutto meccanicamente; è inutile quindi aggiungere all'acqua bollita e sterilizzata delle sostanze chimiche con potere antisettico energico; in ogni caso nei bambini non si farà uso che di acqua bollita o borica e la soluzione sarà impiegata tepida.

I lavaggi debbono essere ripetuti ogni tre ore nei casi gravi ed il quantitativo di liquido d'irrigazione almeno un litro; ci si può servire dell'irrigatore ordinario, o meglio del bock di Esmarch.

Si comincia a praticare un lavaggio per estrarre i residui di membrane, la saliva carica di germi settici ed emessa continuamente dalle glandole nella difesa secretiva organica e si procede contemporaneamente all'ablazione ed estirpazione delle membrane aderenti con tamponi di cotone idrofilo imbevuti in soluzioni eteree-iodiche, che son le sole che lasciano sciogliere le placche necrotiche; e con attento ed energico movimento di rotazione si trascinano fuori avendo cura però di non produrre erosioni della mucosa, che potrebbero favorire il passaggio di germi infetti nella profondità dei tessuti come accennò il Simonrini. Espletata la medicatura, bisogna bruciare i tamponi di cotone serviti da stuello ed immergere i manici del pennello in soluzioni feniche bollenti.

Appena spoglia la mucosa delle pseudomembrane è necessario applicarvi con nuovo tamponcino di cotone idrofilo un topico antisettico. La glicerina serve ordinariamente di veicolo, salvo per l'acqua ossigenata che usasi pura; mentre parecchi autori ritengono che la glicerina mista all'acqua ossigenata ne rafforzi l'azione.

G. Lion preconizza come soluto l'acido salicilico, che è il corpo meno tossico. Le Gendre impiega il naftolo B. in soluzione glicero-alcoolica. Il Flamini usa il permanganato di potassa al 0.25 per mille o l'acido fenico all'1 % per irrigazioni.

Anche il Lavagna usò i gargarismi di permanganato al 0.20 per mille le polverizzazioni di acido borico e le pennellature con liquido di Lugol.

Altri autori hanno commendato per applicazioni locali il nitrato d'argento in soluzione al 2 % od il bleu di metilene in polvere od il salvarsan. Anzi M. Luis Renon e Desbonis con le applicazioni locali di salvarsan hanno constatato dopo tre giorni la caduta completa della temperatura e la scomparsa di tutti i segni locali e funzionali. Similmente M. Achard comunica, che oltre il bleu di metilene e la tintura iodica in soluzione satura, egli ha usato l'arsenobenzolo applicandolo in polvere su di un tamponcino di cotone imbevuto di glicerina.

Egli assicura che si ha la guarigione in 4 giorni e che nei casi dubbî questo trattamento permette di fare la diagnosi. Charles Clyde Sutter ultimamente raccomandava di lavare l'ulcerazione con acqua ossigenata pura, od a parti uguali con acqua sterile, in modo da togliere i prodotti necrotici; dopo tal lavaggio bisogna applicare una soluzione di solfato di rame al 10 % seguìta subito da una spolverizzazione di clorato di potassa allo scopo di ottenerne la saturazione; od invece basta un'applicazione diretta di tintura iodica fresca. La tintura di iodio è certamente il processo più attivo. Per pulire la bocca bastano i soliti colluttori al clorato potassico e quando esiste dolore si impiegano le applicazioni di ortoformio sia in polvere, come in soluzione eterea in olio di mandorle dolci. Invece del clorato potassico per colluttorî abbiamo usato con gradimento degli infermi e buon successo delle soluzioni di hermitine o borotimolo a titolo vario ma non mai inferiore al 10 %.

Luglio 1914, Jonadi (Catanzaro).

BIBLIOGRAFIA.

DIEULAFOY. *Patologia interna*. Vol. II.
ATHANARICE. *Angine ulcero-membraneuse aiguë*. Thèse de Paris, 1900.
VINCENT. *Angine diftheroïde à bacilles fusiformes et spirilles*. Soc. Méd. des Hôp., 11 marzo 1898.
ID. Id., 13 janvier 1893.
STRÜMPELL. *Patologia medica*.
HENOCH. *Trattato malattie dei bambini*, pagina 443.
LASAGNA. Società med. di Parma, 10 febbr. 1911.
BANGINKI. *Trattato di pediatria*.
BOURGES. Archives de médecine expériment., 1890, p. 341.
SEVESTRE. Progrès médical, 1890, 48.
ESCHERICH. Festschrift. par Henoch.
SÖRENSENS. Zeitschr. f. klin. Medizin, vol. 19.
KURTH. Arb. aus dem kaiserl. Gesundheitsamt, vol. 7.
MIE. Archiv f. Kinderheilk., vol. 13, pag. 426.
BRINDEL e RAOULT. Rapporto alla Società francese di laringologia, 1900.
GIRON. Archives des médecine des Enfants. 1908.
SIMONIN. Soc. médicale des hôp., 6 dic. 1901.
VEILLON. Revue mensuelle, etc., octobre 1894.
STOOPS. *Zur Aetiologie und Phatologie der Anginen*, ecc. Basel u. Leipzig, 1895.
FISCHEL. Jahrb. f. Kinderh., Bd. 51, 5, 326.
CLYDE-SUTTER. Journal des Praticiens, fasc. 41, pag. 650, 1912.
ACHARD. Medical Record, 8 marzo 1913.
FLAMINI. *Manuale di pediatria*. Tipografia del « Policlinico », 1913.

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 25 aprile 1915.

A. STEFANI. *Attitudine di uno stesso stimolo di agire contemporaneamente sui centri nervosi e sugli organi da questi innervati producendo fenomeni di carattere opposto*. — Con questa nota l'O. chiama l'attenzione sulla attitudine sopraindicata, rilevando che essa interessa la genesi dei fenomeni fisiologici, che essa può spiegare gli effetti diversi che si producono talora per opera di uno stesso stimolo e che essa non può essere senza significato fisiologico dal momento che si verifica in stimoli di origine fisiologica come l'urea, la dispnea, la temperatura e la pressione del sangue. Viene illustrato particolarmente il significato delle azioni opposte della temperatura, dimostrando come l'azione della stessa sul centro bulbare inibitore del cuore protegge il cuore dall'esaurimento nelle malattie febbrili.

E. TRUZZI. *Intorno alla etiologia ed alla terapia della pielonefrite complicante la gravidanza*. — L'O. illustra una serie di 18 casi di pielonefrite gravidica, osservati nella Clinica ostetrico-ginecologica di Padova dal 1908 al marzo corrente anno. Lo studio dei propri casi e di quelli raccolti dalla letteratura ha dato modo all'O. di approfondire in alcuni punti la conoscenza dell'interessante argomento e di dimostrare l'importanza, che si deve concedere all'interruzione artificiale della gestazione nella cura di questa grave complicanza della medesima.

L. MESSEDAGLIA. *Uno scritto inedito di L. C. Farini sulla pellagra*. — L'O. presenta per la pubblicazione, una memoria inedita sulla pellagra, composta dal Farini intorno al 1843 quando era medico condotto a Russi. All'inedito scritto, ricco di pregi, l'O. premette una introduzione, che tratta della quasi sconociuta, ma tuttavia assai notevole, attività di pellagrologo del Farini; attività che comincia nel 1834 e che continua, ininterrotta, sino al 1846 durante il Congresso degli scienziati di Genova.

L. LUCATELLO. *Anomalie della temperatura da perturbamenti endocrinici*. — L'O. segnala un singolare modo di comportarsi della temperatura rilevato con qualche frequenza in soggetti colpiti da squilibri nelle secrezioni interne, per cui al cavo ascellare si può avere una temperatura quasi febbrile, mentre in bocca e in altre cavità accessibili il grado termico è meno elevato od anche subnormale, contrariamente a quanto si verifica in condizioni fisiologiche e in qualunque forma veramente febbrile.

L'O. richiama l'attenzione sul valore diagnostico di questo fatto e presenta i risultati di una serie di ricerche, istituite nella sua scuola per ispiegare il meccanismo di produzione del fenomeno. Queste ricerche tendono a dimostrare che esso è probabilmente legato alla iperadrenalinemia cronica, facile a verificarsi in talune forme cliniche dell'ipertiroidismo.

A. ROSSI. *Arresto della secrezione biliare e mutamenti morfologici delle cellule epatiche dopo il taglio bilaterale dei vaghi nei conigli* (presentata dal prof. A. Stefani). — Questo lavoro costituisce un contributo all'azione del vago sulla secrezione della bile.

Si dimostra che nei conigli, in seguito al taglio dei vaghi, si verifica diminuzione e arresto della secrezione biliare e che questo arresto si accompagna con mutamenti morfologici delle cellule epatiche. Fatti consimili erano stati dimostrati da Berti e Roncato nelle rane, e la conferma dell'A. in animali a sangue caldo avvalora il concetto che il vago contenga fibre secretorie per la secrezione biliare. A. DIAN.

## Accademia Medica di Perugia.

Seduta del 30 aprile 1915.

Dott. L. MEONI. *Riferisce 11 casi di meningite cerebro-spinale epidemica studiati durante una recente epidemia a Perugia.* — Dal punto di vista clinico nota in alcuni dei suoi infermi l'esistenza di una certa predisposizione ad ammalare nelle meningi (p. es. casi di meningite d'altra natura in famiglia), mette in rilievo l'inizio brusco del male (in un caso però relativamente mite si ebbero prodromi simili a quelli di una febbre tifoidea) con cefalea intensa, vomito, febbre alta e, precocemente, rigidità della nuca, segno di *Kernig*, dermografismo; in quasi tutti si ebbe l'*herpes labialis*, in altri qualche eruzione cutanea, in due epistassi copiose, in uno sordità precoce e persistente, anche dopo varie settimane di apiressia, in uno gonoartrite in periodo di convalescenza. Riguardo al decorso, ha spesso notato quello a ricadute; l'esito è stato letale in un caso attraverso una paralisi flaccida di tutti gli arti e segni d'infezione generalizzata con pustolazione diffusa su tutta la superficie del corpo, in un altro a tre giorni di distanza dall'inizio del male con sintomatologia manifesta di paralisi bulbare, in un altro attraverso un esaurimento generale progressivo, dopo lungo decorso.

La cura fu in tutti i casi quella del siero antimeningococcico (Istituto sieroterapico milanese, Istituto vaccinogeno di Berna, e Istituto Pasteur) iniettato a forti dosi, fino a 40 cc. per una dose nel rachide, e a volte anche nella massa dei glutei; in qualche caso la sieroterapia fu anche associata con vantaggio all'uso delle iniezioni intravenose di sublimato corrosivo: le tabelle della temperatura che l'O. presenta e l'esposizione che egli fa delle variazioni della sintomatologia sotto l'influenza diretta del trattamento dimostrano l'efficacia della moderna terapia.

Dal punto di vista bacteriologico nota il reperto in ogni caso di un germe, trovato all'esame del liquido cefalo-rachidiano, del tipo Weichselbaum, sempre Gram negativo, non sempre prevalentemente intracellulare, spesso assai scarso.

Le culture furono ottenute, non senza difficoltà, in brodo e in agar con l'aggiunta di siero di sangue umano e solo quelle volte in cui veniva seminato liquido estratto di recente e molto ricco di germi.

L'agglutinazione dei tre sieri usati per la cura fu forte e salì in un caso fino a 1:2000.

Fu fatta anche la *reazione delle precipitine* mettendo a contatto siero antimeningococcico curativo e liquido cefalo-rachidiano chiarificato dopo sedimentazione: in alcuni casi si ebbe intorbidamento molto manifesto.

Il Prof. SILVESTRINI parla sullo stesso argomento della meningite cerebro-spinale e, dal punto di vista della epidemiologia, nota anzitutto la poca densità dell'epidemia sia a Perugia come in altre città d'Italia. Mette in rilievo la coesistenza dei casi di faringite con alto rialzo termico, nei quali ebbe reperto di diplococco Gram positivo che non cresceva però se non nei mezzi con siero, e ricorda l'opinione del Dopter secondo il quale « non esistono epidemie di meningite, ma epidemie di rino-faringite alle volte complicate da meningiti ».

L'O. parla quindi delle trasformazioni che il germe è capace di subire, tratta la questione dei parameningococci, espone alcune note di diagnostica differenziale e illustra da ultimo le modalità della cura col siero.

Egli può assicurare i colleghi della efficacia di tale cura e per gli effetti buoni osservati anche in casi gravi, e per la minore mortalità che si ha nella meningite epidemica dopo l'uso della sieroterapia e per la maggiore brevità e diversità della curva termica che si vede comparando curve raccolte prima dell'uso della sieroterapia con curve raccolte in casi nei quali questa cura è stata applicata. Non crede si debba escludere la iniezione sottocutanea in modo assoluto: egli ne ha veduti ottimi resultati. In un caso grave in cui si estrasse liquido cerebro-spinale intensamente emorragico, egli la preferì, e con pronto e buon esito.

In ricadute l'iniezione sottocutanea ha pur riportato più volte l'infermo ad un decorso regolare.

Ricorda due casi di ricaduta grave in periodo che si sarebbe detto di convalescenza con recorpuscolazione del liquido cefalo-rachidiano casi in cui prontamente l'iniezione intrarachidea portò miglioramento che fu definitivo.

Dott. MEONI.

---

*Interessante e pratica pubblicazione*:

Dott. ELIO FABBRI

**GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO**

(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. Enrico Morelli, via del Tritone, 46 - Roma.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### Le varietà cliniche dell'uremia.

In questi ultimi anni si son fatti rapidi e notevoli progressi sulle conoscenze riguardanti gli stati patologici che accompagnano o seguono l'uremia, e le alterazioni chimiche dei liquidi organici che sono come il segno rivelatore di una minacciante uremia. Purtuttavia non abbiamo ancora una esatta classificazione dei vari tipi clinici dell'affezione. Emil Reiss in *Zeitschrift für Klinische Medizin* (vol. 80) descrive tre forme cliniche di uremia, l'astenica, la convulsiva o epilettiforme, la psicotica, ed un tipo misto, nel quale si trovano rappresentati i sintomi di due o tutte e tre le dette forme semplici.

L'uremia astenica è clinicamente caratterizzata da sonnolenza ed apatia, facile esauribilità organica, attacchi di sincope e morte improvvisa per paralisi cardiaca. La eliminazione del cloruro di sodio, dell'azoto, ecc. per le urine in questa forma è notevolmente disturbata. Nel sangue vi è un aumento dei residui azotati e della pressione osmotica. È molto probabilmente tutta la sintomatologia clinica di questo tipo di uremia è in rapporto alla ritenzione dei derivati azotati che sono normalmente escreti con l'urina.

La varietà epilettiforme è caratterizzata dalla comparsa più o meno frequente di accessi eclamptici che somigliano molto a quelli dell'epilessia genuina. Le afasie e le paralisi uremiche appartengono probabilmente a questa categoria. La secrezione urinaria è normale, e l'esame del sangue non mette in rilievo apprezzabili anomalie. Conseguentemente si deve ritenere che le sostanze che provocano questo tipo di uremia non possono mettersi in conto della deficienza della capacità escretoria dei reni.

Il tipo psicotico è caratterizzato dalla prevalenza di disturbi psichici consistenti specialmente in una notevole confusione mentale, illusioni ed allucinazioni e finalmente da un coma profondo. In questa forma di uremia non si è potuto dimostrare una ritenzione dei prodotti metabolici normali e quindi la origine e la natura delle sostanze che determinano l'avvelenamento ci sono del tutto ignote. La sclerosi delle arterie cerebrali che si è rilevata all'autopsia in parecchi di tali casi deve essere considerata come un fattore puramente accessorio nel determinismo delle dette manifestazioni cliniche.

La maggior parte dei casi di uremia è costituito da un complesso di sintomi appartenenti ai suddetti tre tipi semplici. Non è possibile fare ipotesi circa i possibili fattori causali nella genesi di questi casi. Nella maggioranza delle forme uremiche il contenuto di albumina nel siero del sangue, misurata col metodo di Kjeldahl, è uguale o superiore al normale, tranne che nei casi nei quali la concentrazione del sangue è stata a scopi terapeutici diminuita a mezzo di salassi o di abbondanti somministrazioni di liquidi. Questi fatti insieme ai risultati di altri studi clinici o sperimentali fanno supporre che nell'uremia v'è un disturbo nelle normali relazioni tra l'acqua del sangue e le sostanze in essa disciolte. Gli uremici hanno perduta la capacità di diluire convenientemente i propri liquidi organici. Questa deficienza secondo l'A. è il fattore essenziale di tutte le manifestazioni dell'uremia.

DR.

### Le emorragie occulte del bacinetto renale.

Per la diagnosi delle malattie dello stomaco e dell'intestino le emorragie occulte hanno una importanza straordinaria messa in evidenza dal Boas.

Sull'importanza delle emorragie occulte nella diagnosi delle malattie del bacinetto renale e sopratutto della calcolosi renale si diffonde l'Eichhorst (*Zentrablatt für inn. Med.*, 20 marzo 1915) il quale cita il caso di un paziente che fu colpito da un attacco di colica renale ed in cui all'esame microscopico del sedimento urinario si riscontrarono cellule analoghe alle cellule cardiache dello sputo. Si trattava di grandi cellule rotonde contenenti pigmento in forma diffusa giallastra o in accumuli brunastri. Il loro numero era scarsissimo e fu necessario centrifugare l'urina per lungo tempo.

Non c'è dubbio che tali cellule siano in rapporto con piccole emorragie delle vie urinarie che si verificano continuamente in conseguenza della stimolazione meccanica dovuta al calcolo. In maniera meccanica anche si formerebbero le ellule cardiache, giacchè pare che qui contribuiscano le piccole emorragie determinate dagli sforzi di tosse.

L'A. a proposito del suo caso discute anche il meccanismo probabile di formazione del processo fagocitario: si tratterebbe solo di cellule degli strati profondi che potrebbero assumere il potere fagocitario, ma più probabilmente dai leucociti.

P. A.

## TERAPIA.

### La cura dell'idrocele con l'iniezione di formolo.

Soubeyrau (*Journ. des Pratic.*, 9 gennaio 1915) detta la tecnica ed enumera i vantaggi della cura dell'idrocele col formolo (Morestin). Una siringa di Pravaz e un tre quarti di 3 millimetri di diametro sono gli strumenti necessari. È inutile l'anestesia locale e radere i peli dello scroto: si disinfetta la pelle, nel punto della punzione, con tintura di iodio diluita a metà.

Accertata la posizione del testicolo con la palpazione e con la pressione, si punge nella parte, opposta; il tre quarti è introdotto rapidamente nella cavità; si ritira il mandrino e si lascia colare il liquido, conservandone però nella vaginale una piccola quantità per impedire l'azione troppo caustica del formolo; quando la cavità è sufficientemente vuotata si ritira il trequarti e con l'ago di Pravaz si iniettano 2-3-4 cmc. d'una miscela di *formolo, alcool, glicerina* a parti eguali.

L'iniezione è fatta lentamente goccia a goccia dirigendo la punta dell'ago in tutti i sensi per ben mescolare il liquido iniettato con quello dell'idrocele, si ritira l'ago, si massaggia lo scroto e si copre con garza od ovatta collodionate: è inutile applicare il sospensorio, il malato può alzarsi subito: l'iniezione è poco dolorosa, e l'anestesia preventiva è inutile; anche scarsa è la reazione consecutiva; piccoli dolori nella regione testicolare, che s'irradiano lungo il cordone; in molti casi nessun dolore. In capo a qualche ora lo scroto si tumefà e la cute diviene edematosa, talora si forma del liquido, ma si riassorbe poi rapidamente.

Tecnica semplice, senza anestesia, senza conseguenze secondarie, rendono la pratica preferibile all'iniezione iodica che è dolorosa, ed ha dato luogo a sincopi, contratture, paralisi, talora gangrena della vaginale e del testicolo, sintomi di jodismo, e spesso anche recidive.

*t. p.*

### Il drenaggio dell'ascite nel cellulare sottocutaneo.

Mauclaire ha studiato in varie pubblicazioni la possibilità di far ritornare il liquido ascitico nell'organismo attraverso il tessuto cellulare sottocutaneo dell'addome.

Il metodo che secondo l'A. darebbe i migliori risultati è quello di praticare un'incisione lungo il margine esterno del retto anteriore. In questa incisione si introdurrebbe la branca lunga di un tubo di gomma a T facendola pescare nel liquido ascitico. Le due branche orizzontali sarebbero fissate nel tessuto cellulare sottocutaneo.

Con questo sistema si verrebbe a realizzare una specie di auto-sieroterapia: il liquido che scola dalla parete addominale è riassorbito dal tessuto cellulare.

Questo metodo ingegnoso tuttavia non ha dato quei risultati che era lecito sperare e che l'A. si riprometteva. In genere il drenaggio è mal sopportato e gli infermi soccombono lo stesso al male. Solo in qualche caso di peritonite tubercolare si è avuto qualche vantaggio, del resto non superiore a quelli che si potrebbero ottenere e si ottengono con metodi più semplici.

DR.

## TERMINOLOGIA.

### Malattia di Quinke.

Sindrome caratterizzata da edemi acuti, circoscritti, fugaci, recidivanti.

Le tumefazioni edematose sopraggiungono bruscamente, in piena salute; sono localizzate, superficiali, di consistenza molto dura, possono occupare tutti i punti del tegumento, ma in specie la faccia (palpebre, labbra, ecc.), talvolta anche le mucose (gastro-intestinale, nasale, laringea, congiuntivale, ecc.). Le dimensioni di esse variano tra 2 e 10 cm. Sono estremamente fugaci. Non si accompagnano a rossore della pelle, nè a dolori. Talvolta coincidono con placche di urticaria e con turbe gastro-intestinali (crisi di vomito, coliche, diarrea).

Eccettuate alcune localizzazioni (laringe), questi edemi possono essere molesti, ma non mai pericolosi. La localizzazione al laringe può imporre la tracheotomia.

La malattia s'incontra a tutte le età, ma specialmente nella prima metà della vita; talvolta ereditaria e famigliare, sopraggiunge spesso nei nervosi od in persone affette da turbe digerenti.

Molto paragonabile all'orticaria, sta accanto ad essa nel quadro delle angio-neurosi tossiche.

Forse sarà dovuta alla sensibilizzazione (anafilassi) di alcuni soggetti, a diverse influenze tossiche e specialmente digestive, influenze in apparenza minime e di ordine banale. Nel loro meccanismo ci sarebbe non solo trasudazione passiva di siero in corrispondenza dell'edema, ma secrezione attiva dell'endotelio vascolare.

Il trattamento, molto poco efficace, deve essere diretto contro il nervosismo del soggetto (regime analogo a quello dell'orticaria) ed esercitare un'azione vaso costrittiva al momento delle crisi (chinina ed ergotina associate a deboli dosi, belladonna, talvolta digitale a piccole dosi).

# IGIENE.

## La vaccinazione Jenneriana in rapporto alla profilassi del vaiuolo.

Il dott. Ugo Mariotti pubblica, riveduta ed ampliata, la sua relazione fatta, sull'argomento, all'ultimo Congresso nazionale tra le associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, relazione la quale prende le mosse dal Congresso contro la vaccinazione, che si tenne in Roma nell'aprile 1914, in cui, dopo un secolo di esperienza favorevole, fu proclamata l'inutilità di questa grande misura profilattica, ed Edoardo Jenner bollato come un « ciurmadore intento a sfruttare, per fine di lucro, la sua lurida e pericolosa scoperta ».

L'A., con indagine accurata e completa, passa in rassegna quanto finora è stato scritto e sperimentato in tutto il mondo, le conclusioni delle massime accademie scientifiche, e le leggi in proposito dei varî Stati, e viene a confutare, con critica vivace ma rigorosa, una ad una, tutte le argomentazioni addotte dagli antivaccinisti in favore della loro tesi.

L'A. dimostra, infatti, come nella stessa Inghilterra, dove la legge, con la famosa clausola di coscienza, venne a limitare l'obbligatorietà della vaccinazione, l'Associazione medica britannica concludeva che la mortalità per vaiuolo era diminuita dopo la pratica della vaccinazione e specialmente nei primi anni di vita, cioè nel periodo in cui la vaccinazione è più diffusa, e che nelle città dove regnava il vaiuolo, i non vaccinati davano il maggior contingente alla morbilità, anche quando si attuasse un rigoroso isolamento. Del resto le epidemie di vaiuolo di Londra, e sopratutto di Gloucester e di Leicester, due cittadelle forti degli antivaccinisti, nei confronti della morbilità e della mortalità tra vaccinati e non vaccinati, dimostrano eloquentemente i beneficî della vaccinazione.

Tali beneficî ancor più evidenti si dimostrano osservando le cifre della mortalità per vaiuolo nella Svizzera, dove i non vaccinati abbondano per il soppresso (1895) obbligo della vaccinazione e considerando, con onesto ed esatto discernimento, le stesse cifre nei riguardi della Germania, della Francia e del Giappone, la virtù preservatrice dell'innesto vaccinico risulta indiscutibile. Che se in alcuni Stati, in alcune provincie, nonostante l'esistenza delle leggi di vaccinazione obbligatoria, il vaiuolo abbia potuto attecchire e fare strage, gli antivaccinisti, se in buona fede, devono riconoscere che ciò avviene, perchè, nonostante la legge, una gran parte della popolazione si è sottratta a tale obbligo; ad ogni modo però, per tutte le epidemie e per tutti i paesi, un fatto resulta evidente: che la mortalità nei non vaccinati fu sempre di gran lunga maggiore di quella dei vaccinati. E tutti gli Stati, ammaestrati da dolorosa esperienza, hanno, dopo una epidemia, cercato di provvedere, per l'avvenire, rendendo obbligatoria la vaccinazione e la rivaccinazione in tutti i luoghi infetti.

Noi, italiani, possiamo citare a centinaia gli esempi e le esperienze sulla utilità della vaccinazione, a cominciare da quelle mirabili del Sacco, del principio del secolo scorso, sino a quelle recenti di Risso a Genova, di Bordoni-Uffreduzzi a Milano, di Abba a Torino, di Mozzetti nel Tigrè (sulle quali ultime il prof. Ruata non seppe obiettare altro che non poteva andare in Abissinia a controllarle!!!). Roma ha mostrato in più occasioni di dovere la sua salvezza dal vaiuolo alla applicazione estesissima della vaccinazione e della rivaccinazione.

Jenner errò certamente quando, entusiasmato dai trionfali successi della sua scoperta, affermò che l'immunità vaccinica durava per tutta la vita. Questo può avvenire per alcuni individui; in altri la immunità scompare molto più presto, dopo tre, quattro o anche dopo soli due anni. Il fatto non deve meravigliare, nè far rallegrare gli antivaccinisti, perchè esso si ripete nell'immunità naturale o provocata di ogni altra infezione. Nulla di strano quindi che sia necessario reintegrare, con una seconda vaccinazione, i poteri difensivi dell'organismo contro il vaiuolo, tanto più poi quando l'esperienza pratica conferma che se i vaccinati da lungo tempo possono essere attaccati dal vaiuolo, ne sono generalmente risparmiati i vaccinati di recente.

Gli antivaccinisti si fanno vanto delle recenti gravi epidemie di vaiuolo avvenute, in questi ultimi anni, nelle Puglie, Campania, Calabria, Sicilia, Basilicata, dove le popolazioni, *ottimamente vaccinate e rivaccinate* (dice il Ruata) furono decimate. Ma, quando gli antivaccinisti affermano questo, se mostrano di conoscere che in Italia esiste la legge sulla vaccinazione obbligatoria, dimenticano di consultare le cifre ufficiali (che l'A. largamente riporta) sulla mortalità per vaiuolo in Italia nelle varie provincie e di metterle in rapporto con le altre, pure ufficiali, dei vaccinati nelle stesse provincie. Se così facessero, essi vedrebbero che le epidemie, cui accennano, avvennero precisamente là dove le vaccinazioni furono per molti anni trascurate o anche abbandonate, come, per un esempio fra tanti, nel comune di Fondi, dove da 18

anni non si praticavano vaccinazioni! E, oltre a ciò, le inchieste governative assodarono che assai spesso mancava da parte delle autorità il dovuto controllo delle vaccinazioni e queste erano fatte con linfa vaccinica inattiva.

Per gli antivaccinisti, la vaccinazione jenneriana, oltre che priva di qualunque valore profilattico, è anche causa di danni gravissimi alla salute umana. Per essi la vaccinazione produce la morte a migliaia e migliaia di fanciulli, ogni anno. Ma le documentazioni che essi portano a favore di queste affermazioni farebbero sorridere di pietà, se alcune pubblicazioni, da loro lanciate senza economia ai profani, non costituissero delle vere azioni criminose, come il dott. Mariotti bene a ragione le chiama e dimostra! Gli inconvenienti che talvolta seguono alle vaccinazioni, sono, per lo più, da riferirsi alla trascuranza delle necessarie cautele, perchè oggi, con i moderni metodi di purificazione e di conservazione del vaccino, questo offre per sè le migliori garanzie.

Dimostrato, con argomenti indiscutibili, il fondamento scientifico e l'innocuità della vaccinazione, l'A. nota che proprio oggi, mentre alcuni pochi vorrebbero fosse tolto l'obbligo di essa, da ogni parte gli studiosi si affannano alla ricerca di altri vaccini protettivi (e per il tifo si è resa già obbligatoria la vaccinazione nell'esercito e nell'armata) e dopo di avere osservato come nessuno intenda togliere valore nella profilassi all'isolameno e alla disinfezione, ma come sia necessario, per il vaiuolo, integrare questi mezzi, da soli dimostratisi insufficienti, con la vaccinazione, termina raffermando la necessità che i poteri pubblici vigilino rigorosamente perchè l'obbligatorietà della vaccinazione sia in ogni comune del Regno osservata, che si affretti il funzionamento del Vaccinogeno di Stato e che sulle vaccinazioni medesime si eserciti un rigoroso controllo.

La esauriente relazione del dott. Mariotti, che venne approvata all'unanimità (eccetto che dal prof. Ruata) nel Congresso degli igienisti, ha demolito uno per uno, con critica severa e coraggiosa, tutti gli argomenti degli antivaccinisti. Oggi, più che mai, aggiungiamo noi, che l'Italia è in guerra con un paese nel quale il vaiuolo ha fatto assai spesso stragi, per la mancanza di obbligatorietà della vaccinazione, l'obbligo di vigilanza delle autorità sanitarie alla osservanza della legge sulla vaccinazione s'impone. Si ha notizia infatti, per il rapporto della Commissione sanitaria, che nella sola Vienna, dallo scoppio della guerra in poi, 1098 persone furon colpite di vaiuolo e 230 ne morirono e la Commissione stessa richiede dal Governo l'autorizzazione di introdurre a Vienna la vaccinazione obbligatoria.

Provvediamo dunque in tempo con rigore per le nostre popolazioni che con i provenienti dall'Austria, prigionieri, profughi, avranno più facilmente rapporti.

PECORI.

# POSTA DEGLI ABBONATI.

(515) *Sull' uso della canfora nella polmonite adinamica.* — Chiedo per favore alla « Posta degli abbonati » in che dose massima per volta e per giorno si può usare la canfora per iniezioni nella polmonite adinamica; e se si possa usare con vantaggio anche per bocca e in quale veicolo. Ringrazia sentitamente.

L'Abb. 5074.

La canfora è stata usata nella polmonite: 1° come stimolante cardiaco; 2° come agente antiinfettivo specifico (chemoterapia).

Qualora se ne ricerchi l'azione stimolante sul cuore, la via orale non dovrebbe essere scelta, perchè presuppone che il cuore sia abbastanza valido da poter mantenere attivo l'assorbimento intestinale, ma in tal caso manca l'indicazione al rimedio.

La via da preferire è dunque quella ipodermica (soluzione oleosa od eterea) o quella endovenosa (soluzione eterea od acquosa), le quali assicurano meglio, ad ogni somministrazione, una « carica » terapeuticamente efficace.

Le iniezioni vanno ripetute spesso poichè l'azione stimolante del rimedio è poco duratura: per es. ogni 2-4 ed al massimo 6 ore.

La virtù chemoterapica della canfora nella polmonite non è ancora dimostrata, malgrado le molte ricerche eseguite al riguardo. Hoetzel, uno dei promotori di questa terapia, si vale di due sole iniezioni al giorno, in dosi di un grammo ciascuna.

Le dosi massime variano secondo gli autori; ad esempio si è andati a 0.5-0.7 grammi *pro die* ogni 10 kg. di peso ad intervalli di 6 ore. In genere sembrano da preferire i dosaggi non molto elevati, anche allorchè mancano speciali controindicazioni all'uso del rimedio come negli individui con insufficiente produzione di acido glicuronico (diabetici avanzati, carcinomatosi, cardiaci scompensati), i quali dimostrano una tolleranza molto limitata per la canfora.

Troverà altre indicazioni in un articolo pubblicato sul fasc. 46, p. 1616-18, del 1914.

VERNEY.

# VARIA.

**La Scuola Samaritana di Roma ai soldati d'Italia.** — Il Corpo insegnante della Scuola Samaritana di Roma ha compilato un «decalogo» di consigli ai soldati d'Italia, affinchè questi possano conservare meglio la loro vita e le loro forze nell'interesse della Patria.

Lo riportiamo:

1. In caso di ferita spruzza su questa il contenuto della fialetta di tintura di jodo annessa al pacchetto di medicazione, e coprirla subito con la garza che si trova nel medesimo, con quella parte che tu non avrai toccata.

2. Se la ferita dà molto sangue, dopo applicata la medicatura, fasciala stringendo forte, ma non tanto da provocare il gonfiore della parte sottostante dell'arto.

3. Se, malgrado la fasciatura, l'emorragia continua, fatti mettere da un compagno una stretta legatura al disopra della parte ferita, cioè tra questa e il cuore. E poichè tale legatura, persistendo a lungo, potrebbe recarti grave danno, affrettati a farti vedere dall'ufficiale medico.

4. Se sei ferito al ventre moviti il meno che puoi, e non bere nè mangiare prima che ti abbia veduto l'ufficiale medico.

5. Tieni il corpo quanto più pulito ti è possibile, e guardati specialmente dagli insetti, che possono inocularti malattie mortali.

6. Non bere acqua che i tuoi superiori non ti abbiano permesso.

7. Non bere vino oltre quello che ti vien dato dai superiori: il di più ti toglierebbe le forze piuttosto che ridartele.

8. Non bere nè mangiare, per quanto da te dipende, subito prima del combattimento.

9. Non sciupare le tue forze quando non è necessario, neanche per un divertimento.

10. Conserva sempre la serenità, e ricordati che la paura ti toglie i migliori mezzi di difesa e di offesa.

**Come i cosacchi curano le ferite.** — Il dottor Paschkoff, che ha passato gran parte della vita fra i cosacchi riferisce ch'essi adoperano un procedimento molto semplice per curare le ferite d'arma da taglio appena fatte. Esso consiste nel ricoprirle d'un denso strato di cenere ottenuta bruciando un po' di cotone o di tela, e nel riunir le labbra della ferita con una stretta fasciatura. Su ventotto erite così curate, il dottor Paschkoff ottenne ventisei guarigioni rapide, senza suppurazione. Nel caso in cui la ferita sia sporca di sangue o di pus, occorre lavarla bene prima di applicar la cenere. Veramente la terapeutica moderna conosce mezzi di cura più efficaci, ma essi non son sempre a portata di mano come quello dei cosacchi, che può adoperarsi in qualunque momento quando manchino il medico o il farmacista.

*(Riforma Medica).*

# CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

Dott. E. MADIA. *Compendio di medicina legale.* Libreria Detken e Rocholl, Napoli. L. 12.

È la ottava edizione di un libro che l'A. chiama modesto compendio, ma che per la mole e la importanza è un vero trattato.

Il libro è intonato a finalità pratiche e perciò pur non trascurando le quistioni teoriche, che l'A. mostra di sapere affrontare, in forma semplice e piana sono prospettati e confortati di opportuni consigli tutti i problemi medico-legali che il professionista può essere chiamato a risolvere.

DR.

A. PASINI. *Patologia e terapia della sifilide.* Ulrico Hoepli, Milano, 1915. L. 2.

È un compendio prezioso delle recenti feconde scoperte scientifiche sulla patologia e sulla terapia della sifilide.

L'A. ha abituale il pregio di una chiarezza massima di idee e di una nitida espressività di pensiero, che rendono sommamente utili gli scritti suoi. In questo manuale il medico ed il profano troveranno, chiaramente espresse, la dottrina e l'applicazione pratica delle nuove conquiste sperimentali e terapeutiche nella sifilidologia, con una critica serena degli inconvenienti e dei vantaggi delle nuove cure e delle antiche. In queste pagine, per chi non è della specialità, è agevole orientarsi fra le comuni incertezze ed i facili dissensi nella terapia moderna della sifilide.

Vi è sufficientemente svolta anche la cosidetta cura abortiva della sifilide.

*p. s.*

PELLECCHIA ETTORE. *Contributo clinico e terapeutico dell'enuresi notturna col metodo Albarran e Cathelin.* Tipografia della «Riforma Medica», 1915. Napoli.

L'A. ha curato con buoni risultati 19 infermi affetti di enuresi notturna col metodo delle iniezioni epidurali di Albarran e Cathelin, nell'ambulatorio dell'ospedale degli Incurabili di Napoli, e ne riferisce con chiara visione dell'argomento.

*p. s.*

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

*Il Governo e l'A. N. M. C.* — Avendo la Presidenza centrale comunicato al Ministero dell'Interno e alla Direzione generale della sanità i deliberati dal Consiglio direttivo presi nella sua adunanza del 12 corr., il Ministero ha indirizzato al presidente Brunelli questa lettera:

« *Onorevole Signore,*

Il Ministero ha preso atto con vivo compiacimento della provvida azione che intende svolgere il Consiglio di amministrazione dell'A. N. M. C. per concorrere all'opera di solidarietà nazionale nell'attuale momento ed io esprimo a Lei, a nome anche di S. E. il Ministro, cordiali ringraziamenti per la cortese comunicazione.

Del resto non era da dubitarsi che la benemerita classe medica avrebbe profondamente sentita tutta l'importanza degli alti e gravi suoi doveri e profonda era ed è nel Governo la sicurezza della patriottica, valida cooperazione di essa in tutto quanto sarà necessario per il regolare andamento dei servizi di assistenza sanitaria delle popolazioni e per la tutela della pubblica salute.

Con l'opportunità mi è grato confermarle i sensi del mio distinto ossequio.

Dev.mo CELESIA ».

*Sezione Castelli Romani dell'A. N. M. C.* — È stata diramata la seguente circolare ai sindaci dei comuni compresi nella sezione:

*Ill.mo Sig. Sindaco,*

Questa Sezione, uniformandosi al criterio direttivo della Presidenza Centrale dell'Associazione Nazionale Medici Condotti, in questi giorni in cui la Patria ha bisogno dell'unità e concordia di tutti i suoi figli, sospende e rimanda a tempi più propizi tutte le vertenze e le varie rivendicazioni di classe, affidandosi a quel senso di equità e di giustizia, da cui, ad onor del vero, la Sezione stessa trovò sempre favorevolmente animati, in questi ultimi anni, i vari Comuni dei Castelli Romani verso i loro medici condotti.

A questo senso di giustizia appunto ricorre oggi, fiduciosa, la Sezione, perchè i vari Comuni dei Castelli Romani si interessino e provvedano alla nuova posizione in cui i loro medici condotti sono chiamati a prestar l'opera loro come militari. I rimasti si son veduto d'un tratto duplicare il lavoro e la responsabilità quotidiana.

Però, mentre ai medici condotti militarizzati provvedono le disposizioni dell'art. 20 testo unico 20 novembre 1908 n. 693 delle leggi sullo stato degli impiegati civili dello Stato, che recenti circolari ministeriali vogliono estese per intero e tassativamente anche ai medici condotti; mentre anche il Consiglio di Stato a Sezioni riunite, con decisione 22 dicembre 1911, estende e conferma il beneficio suddetto; mentre il Ministero stesso, appositamente interpellato, ha promesso tutto il suo appoggio ai medici condotti richiamati sotto armi, sia per obbligo di servizio, sia per impegni antecedentemente presi col Ministero della Guerra stesso giusta la circolare del 9 febrbaio 1915, ai medici condotti rimasti in servizio dei Comuni provvedono soltanto le leggi ordinarie ed i contratti di capitolato, i quali non potevano per intero prevedere la odierna nuova posizione delle condotte.

Faticoso, difficile, grave è il compito che rimane a questi medici: oltre al maggior lavoro, oltre alla maggiore e non più divisa responsabilità, oltre alla preparazione civile, a cui molti di essi hanno già presa così larga ed efficacissima parte, i medici condotti rimasti nei comuni dovranno con raddoppiata energia vigilare sull'igiene della Patria, per impedire con tutti i mezzi, specialmente ora, il dilagare di probabili epidemie sia indigene che esotiche e prepararne con cura le valide difese.

È questo un cumulo di lavoro assiduo, di responsabilità serie che i medici condotti hanno già in gran parte valorosamente abbracciato e preveduto, ma che i vari Municipi devono saper *riconoscere, apprezzare e compensare* come si deve.

Non sarebbe giusto infatti, far gravare sul medico condotto solamente tutti i maggiori pesi delle nuove esigenze delle condotte, nè vi è bisogno di ricordare ai Comuni che tali esigenze richiedono al medico un maggiore dispendio di energie, di forze ed anche di danaro, che merita seriamente di essere riparato.

La Sezione pertanto, d'accordo con le superiori autorità e con la Presidenza centrale dell'Associazione Nazionale Medici Condotti, mentre ha deciso di raccomandare vivamente ai Municipi queste nuove condizioni dei medici, segnalando alle autorità stesse quei comuni che ancora non vi avessero provveduto, è d'altra parte ben *lieta e superba di poter garantire* che tutti i suoi associati e sotto le armi e nei vari comuni dei castelli romani *sapranno in questi momenti compiere il loro dovere,* con quell'abne-

## SUSSIDI TERAPEUTICI IODO-ORGANICI.

La medicazione iodo-minerale ha dal punto di vista farmacologico, carattere eminentemente osmotico determinato dalla diffusibilità degli ioduri, dalla loro immediata e brusca eliminazione, fattori questi ultimi, a cui si connettono fenomeni di intolleranza iodica e di iodotossicità, donde la esiguità delle applicazioni terapiche.

Di contro alla azione osmoterapica (meccanoterapica) degli ioduri, sta l' azione bioterapica degli iodo-organici.

I caratteri individuali farmacologici dei peptoiodici sono realizzati dal " PEPIODAL ".

Il " Pepiodal " è una sintesi iodo-peptica ad intensità iodica graduabile, solubile, assorbibile gradatamente, di lenta e graduale eliminazione.

Le ricerche del Dott. Andruetto nella Clinica Generale del Prof. Bozzolo, denunciano le seguenti cifre relative alla permanenza e durata delle reazioni iodiche nelle urine.

| | | |
|---|---|---|
| " Pepiodal " | 1° g. | ore 14 |
| " | 2° " | " 17 |
| " | 3° " | " 24 |
| " | 4° " | " 30 |
| " | 5° " | " 40 (1) |

Le proprietà del " Pepiodal " che lo rendono superiore agli altri preparati iodici, sono state illustrate dal Dr. Giannelli (2) che espone in un suo interessante studio, le ricerche ed i risultati ottenuti dal prodotto.

Tali proprietà spettano prevalentemente agli iodo-peptoni a differenza di altri preparati che vennero posti in onore precedentemente, come le iniezioni del Durante ed i composti grassi, i quali ultimi sono molto stabili di modo che lo iodio si libera con una soverchia lentezza e sono assai poco diffusibili.

Ne avviene che lo iodio permane a lungo nell'organismo, ma vi rimane legato al corpo grasso e non agisce come iodio libero che assai lentamente; mentre invece i composti del iodio col peptone (di cui il " Pepiodal " è da preferirsi), sono solubili e diffusibili, ed inoltre poco stabili, così che circolano facilmente nell'organismo ove si scindono in modo graduale e continuo, cedendo gli ioni del metalloide alle sostanze albuminoidi con cui lo iodio forma quelle combinazioni molecolari che vengono poi distrutte ed eliminate.

Gli iodopeptoni sono dunque oggigiorno i preparati che meglio rispondono alle esigenze terapiche.

I migliori risultati l'A. li ha ottenuti dal " Pepiodal " che ha il vantaggio del pronto assorbimento e di una molto più lunga permanenza nell' organismo, ove circola allo stato di iodio senza mai dare fenomeni d'intolleranza.

La maggiore fissazione iodica è data dal V° grado di Pepiodal (10 ctg.) che rappresenta il massimo di utilizzazione che consenta l'organismo allo iodio senza reagire con fenomeni di intolleranza e con fenomeni tossici.

Che l'associazione dei peptoni allo iodio conferisca alla sintesi che ne deriva, proprietà istotropiche, risulta dalle attitudini che acquista lo iodio quando viene introdotto nell' organismo sotto forma di " Pepiodal ".

*Proprietà terapeutiche del " Pepiodal ".* — Le proprietà terapeutiche del " Pepiodal " si riassumono in *batteriolitiche*, *opsonogene, fagocitogene, emoproduttive.*

L'aumento del tasso leucocitario si rileva dagli esami emoscopici fatti dal Dott. Andruetto della Clinica di Bozzolo e sopratutto dalle indagini emometriche. Riferiamo qualche esempio:

Caso I. - Enterite specifica:

| | | |
|---|---|---|
| prima della cura | Emometria | 55 |
| dopo la cura . . | " | 65 |

Caso II. - Bronco pneumonite specifica:

| | | |
|---|---|---|
| prima della cura | Emometria | 50 |
| dopo la cura . . | " | 60 |

Caso III. - Tubercolosi incipiente:

| | | |
|---|---|---|
| prima della cura | Emometria | 45 |
| dopo la cura . . | " | 70 |

Caso IV. - Annessite specifica:

| | | |
|---|---|---|
| prima della cura | Emometria | 50 |
| dopo la cura . . | " | 70 |

*Applicazioni cliniche generali del " Pepiodal ".* — In linea generale esse sono costituite dal grande gruppo delle affezioni del ricambio ivi compresi i processi degenerativi arterio-sclerotici delle infezioni croniche (sifilide, tubercolosi) e da tutte le insufficienze di sviluppo e deficenze nutritive che preludono alle manifestazioni di gravi infezioni e ne dispongono favorevolmente il terreno.

Anzi, sotto questo aspetto, il " Pepiodal " deve essere considerato come un mezzo profilattico contro lo sviluppo della tubercolosi specialmente chirurgica per le proprietà ad esso riconosciute dagli autori che lo hanno studiato, di modificare cioè il terreno emolinfatico così da esaltare i poteri di reazione e stimolare la nutrizione e modificarla in guisa da impedire lo sviluppo bacillare.

Per quanto concerne le manifestazioni sifilitiche il " Pepiodal " è diretto a combattere le sindromi tardive rappresentate da alterazioni gommose e da alterazioni arteriali degenerative (arteritis sifilitica, gomme, cachessie sifilitiche), ma può trovare la sua indicazione anche nelle manifestazioni precoci della lues quando vengono costituite da alterazioni nervose, da anemie sifilitiche precoci, ma in tal caso il suo impiego non deve andare disgiunto dai preparati mercuriali.

Un altro largo campo di applicazioni è offerto dalle forme morbose del ricambio sia che rivestano la forma artritica cronica, sia la forma gottosa, sia sopratutto la forma arteriosclerotica.

Il " Pepiodal " trova quindi la sua applicazione nelle:

I. - Distrofie uricemiche;
II. - Nelle forme distrofiche che precedono lo sviluppo delle affezioni croniche;
III. - Nelle forme tubercolari torpide;
IV. - Nelle manifestazioni tardive della lues;
V. - Nelle lesioni arteriosclerotiche.

*Il " Pepiodal " non ha alcuna controindicazione.*

Dott. Paolo Mancini
degli Ospedali di Roma
già Direttore del Sanatorio nervosi S. Colomba.

(1) Dr. ANDRUETTO — *Della medicazione jodica e di un nuovo preparato organico di jodio.*

(2) Dr. GIANNELLI — *La Iodoterapia con speciali considerazioni sul " Pepiodal ".*

PEPIODAL
PEPTO-JODO
Dr. FOGLINO
COMBINAZIONE FISIOLOGICA
INTERAMENTE ASSIMILABILE
SOCIETÀ ANONIMA FARMACEUTICA TORINESE
Via Principi d'Acaia, 44

PEPIODAL DOTT. FOGLINO
5 GOCCIE DI SOLUZIONE CONTENGONO 1 CENTIG. DI JODIO COMBINATO COL PEPTONE

# "Pepiodal"

## (Pepto-Iodo) -- Dott. Foglino

a goccie e per iniezioni ipodermiche, di
:: :: :: I, II, III, IV e V grado :: :: ::

### Alcuni certificati Medici:

OSPEDALE VESPUCCI - FIRENZE (Detto di S. Giovanni di Dio) — Firenze, 29 Novemre, 1914

— DIREZIONE —

Il "Pepiodal" del Dott. Foglino corrisponde assai bene nelle lesioni tubercolari chirurgiche, quando occorra agire su di esse con una terapia jodica.

Prof. NICOLA GIANNETTARI
Direttore Ospedale Vespucci.

---

DOTT. S. SBERNA — Firenze, 11 Novembre, 1914
Primario Specialista di Dermosifilografia
FIRENZE

Il "Pepiodal" in uso nella mia sezione ospedaliera e nel Poliambulatorio Fiorentino risponde benissimo anche come tolleranza nelle forme morbose di cui mi occupo (sifilide - eczemi cronici - degli arteriosclerotici uriemici). *Firmato:* Dott. S. SBERNA

---

Dott. Prof. EMILIO PERRERO — Torino, 30 Maggio 1913
DOCENTE IN NEUROPATOLOGIA
— ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO —

Ho sperimentato nella cura delle malattie organiche del sistema nervoso centrale le iniezioni di III°, IV°, V° di "Pepiodal" del Dr. Foglino e sono lieto di poter dichiarare che questa eccellente preparazione mi ha dato ottimi risultati.

*Firmato:* Dr. Prof. EMILIO PERRERO
Direttore Sezione Malattie Nervose all'Ambulatorio Policlinico, Via S. Secondo, 11 - Torino.

---

# "RICINOL"

Olio di ricino preparato con processo speciale da semi italiani. La sola preparazione del genere, assolutamente priva di odore e di sapore.

**L' Ideale dei Purganti!**

**Il flacone piccolo L. 0,60 — Flacone grande L. 1,10**

## "Saliodal"

(CRISTALLI JODATI DOTTOR FOGLINO)

Il miglior rimedio depurativo del corpo, del sangue, e delle mucose.

Sue applicazioni: *Stati uremici, Stati acidoemici, Stati glicoemici, Stati morbosi legati ad ipertensione.*

Il flacone grande L. 3 — Flacone monstre L. 4,50.

## "Sédol"

Fiale per iniezione ipodermica a base di bromidrato di scopolamina, cloridrato di etilmorfina e morfina con solfato di sparteina in soluzione nel siero fisiologico.

*Antispasmodico, Ipnotico, Analgesico*

— La scatola di 12 fiale L. 4. —

In vendita presso le buone Farmacie e presso la SOCIETA ANONIMA FARMACEUTICA TORINESE —::— Via Principi d'Acaja, N. 44 —::— TORINO

gazione e con quel sacrificio che ha sempre distinto, in tutte le evenienze, l'opera altamente patriottica ed umanitaria del medico condotto italiano.

Per il Consiglio di Presidenza della Sez.
il Segretario
Dott. GIOACCHINO MARCHETTI

*Castel Gandolfo.*

---

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5348) *Servizio militare.* — Al Dott. S. M. da G. rispondiamo che essendo stato a suo tempo riformato non ha alcuna probabilità di essere chiamato sotto le armi.

(5349) *Aspiranti medici nel R. Esercito.* — Il Dott. G. B. da B. desidera conoscere se possa essere ammessò fra gli aspiranti medici un suo fratello che ha fatto solo il primo anno del corso di medicina e che ha poi cambiato Facoltà.

L'individuo da Lei indicato non può essere inscritto nel Corpo degli aspiranti medici perchè l'art. 3 del decreto 25 maggio ultimo, n. 767, dichiara che possono essere nominati *aspiranti medici* i militari di 1ª, 2ª e 3ª categoria di età non superiore al 30° anno i quali abbiano compiuto il 5° od il 6° anno di Università (Facoltà di medicina e chirurgia) anche senza averne superati gli esami finali, purchè abbiano sostenuto con successo tutti gli esami del 4° anno.

(5351) *Sdoppiamento di condotta - Mancata nomina di titolare - Compenso pel medico in servizio.* — Il dottor F. G. da M. desidera conoscere se, essendosi divisa l'unica condotta preesistente in due zone ed essendo mancante fin dal 14 dicembre scorso il titolare della seconda di esse, gli spetti compenso per aver provveduto al servizio in tutte e due le zone. Nella affermativa in qual modo debba regolarsi pel caso che il Comune non intenda riconoscere il suo diritto.

Dal momento che l'unica preesistente condotta fu divisa in due, con due distinti titolari, vuol dire che l'autorità superiore riconobbe la necessità del provvedimento e la deficienza del servizio nel caso fosse esercitato da un solo medico. Or se una delle condotte è rimasta vacante ed uno dei titolari fa servizio per tutte e due e non vi sono lagnanze nel pubblico nè deplorevoli deficienze, vuol dire che l'unico professionista esercente centuplica la propria attività sobbarcandosi ad un superlavoro, che mentre è imperiosamente richiesto per il buon andamento del servizio non può non riuscire dannoso per la propria salute e pei suoi privati interessi professionali.

E poichè è principio di diritto che nessuno può avvantaggiare la propria posizione col danno degli altri, è, secondo noi, indubitato che il Comune debba riconoscere il maggior lavoro e debba pagarlo. Se è riluttante può adire l'autorità giudiziaria per la definizione legale della controversia.

(5352) *Adesione volontaria al servizio militare - Rapporti col Comune.* — Il dott. C. L. da S. di C. chiede conoscere se avendo aderito volontariamente, non essendovi obbligato perchè riformato, al servizio militare come ufficiale medico di riserva possa in caso di chiamata ottenere la conservazione del posto e dello stipendio a carico del Comune.

Noi riteniamo che in caso di volontaria adesione al servizio militare non si abbia diritto alla conservazione del posto e dello stipendio a carico del Comune, disposizione che si applica solo pei chiamati o trattenuti sotto le armi.

(5353) *Promozione dei tenenti medici di complemento.* — Al dott. G. M. da P. rispondiamo che può star tranquillo che sarà provveduto secondo giustizia. Per lo espletamento di talune pratiche occorre naturalmente del tempo.

(5354) *Medico della Croce Rossa - Chiamata in servizio - Diritto del Comune.* — Il dottor A. P. da M. desidera conoscere se il Comune possa opporsi alla sua chiamata come medico della Croce Rossa e, nella negativa, se abbia diritto ad ottenere lo stipendio per la intera durata del servizio.

Poichè il numero dei medici condotti esistenti in codesto Comune è superiore a quello prescritto dall'articolo 1° lettera *q* del R. Decreto 13 aprile 1911 il Sindaco non può opporsi a che Ella presti servizio volontario nel corpo sanitario della Croce Rossa. L'articolo 3° del Regio Decreto 23 maggio 1915, n. 719, dispone che gli impiegati civili dello Stato, ascritti alla Associazione della Croce Rossa Italiana se prestano servizio, anche volontariamente, nella associazione stessa in caso di guerra si considerano ad ogni effetto come in congedo. Come vede. si tratta degli impiegati dello Stato e non dei Comuni.

(5355) *Diritti verso il Comune in caso di chiamata sotto le armi.* — Il dott. C. T. da G. V. desidera conoscere quali diritti possa vantare verso il Comune qualora sia chiamato sotto le armi in caso di mobilitazione.

Stando ai precisi termini del capitolato, Ella, in caso di chiamata sotto le armi per mobilitazione è considerata per ogni effetto come in congedo ed ha, quindi, diritto alla conservazione del posto ed allo stipendio per l'intera durata del servizio militare.

(5357) *Lazzaretto - Direzione affidata al medico condotto supplente.* — Il Dott. N. P. da M. desidera conoscere se in base al proprio capitolato il Sindaco possa imporgli, nella sua qualità di medico condotto per le supplenze l'onere di prestar servizio sanitario in un lazzaretto, che intenderebbesi aprire.

Al medico condotto incaricato solo del servizio delle supplenze, non può essere imposto l'onere della direzione di un lazzaretto, perchè egli, oltre quello di sostituire i titolari medici condotti nelle assenze per congedi o per eventuali infermità, non ne ha altri. E ciò non solo per naturale astratta portata del vincolo giuridico esistente fra municipio e medico, ma anche per disposizione scritta del capitolato, in cui tale obbligo non è nemmeno accennato.

(5358) *Visita delle carni macellate - Tassazioni ricette - Aumento di stipendio.* — Il Dott. G. C. da M. desidera conoscere: 1° Se sostituendo il veterinario consorziale attualmente sotto le armi, abbia diritto a speciale compenso; 2° Se ha diritto a compenso per la tassazione di 500 ricette spedite per conto del Comune a beneficio dei poveri e 3° Se l'aumento di stipendio sia ben deliberato in sede di bilancio.

Il veterinario comunale o consorziale chiamato sotto le armi è considerato come in congedo per ogni effetto, e, quindi, anche per la sostituzione a carico del Comune. Deve pertanto, il Comune corrispondere a Lei, che sostituisce il veterinario, adeguato compenso. L'ufficiale sanitario non è obbligato a tassare le ricette che i farmacisti spediscono per conto del Comune a beneficio dei poveri. Se, però, Ella lo ha fatto e non con intenzione di rendere semplicemente un favore avanzi domanda di compenso alla amministrazione. Non potrebbe adire all'uopo l'autorità giudiziaria mancando un'ordinanza speciale del Sindaco, od altra prova scritta della commissione affidatale. Non basta lo stanziamento della maggior somma in bilancio per ottenere l'aumento di stipendio. Occorre che il detto aumento sia deliberato a parte e se, come pare, trattasi di posto coperto, occorre eziandio che la deliberazione sia ripetuta una seconda volta e che sia approvata dalla G. P. A. pel vincolo ultraquinquennale al bilancio.

(5360) *Pagamento di sipendio.* — Al Dott. F. M. da C. rispondiamo che in vista del rifiuto dell'esattore a pagare gli stipendî arretrati, non resta che iniziare giudizio chiedendo al Pretore il sequestro conservativo dei ruoli delle imposte comunali. È, però, opportuno anche per stabilire la eventuale responsabilità che l'esattore dichiari, dietro al mandato la ragione del suo rifiuto.

(5361) *Ufficiale medico - Esenzioni.* — Al Dottor abbonato n. 5741 rispondiamo che stando a quello che ha esposto nel quesito avrebbe maggiore obbligo di prestar servizio militare il collega, il quale ha già rivestita la qualità di ufficiale medico e, quindi, conosce meglio le modalità del servizio stesso. Circa il modo di ottenere la esenzione nulla possiamo dire perchè le regole attualmente in vigore riguardano i militari appartenenti alla milizia territoriale e non già quelli che, come lui, non hanno più alcun obbligo di servizio.

(5363) *Servizio militare.* — All'abbonato numero 5328 diciamo che noi siamo della opinione più volte manifestata. Le amministrazioni comunali potrebbero lenire il danno individuale conservando il posto e lo stipendio anche a colui che volontariamente si presta a far servizio nel R. Esercito.

(5365) *Servizio militare.* — Al Dott. M. S. da A. rispondiamo che egli, essendo nato nel 1875, non era più di terza categoria ma esente da qualsiasi obbligo di servizio militare avendo già compiuto il 39° anno di età. La sua adesione alla nomina ad ufficiale medico di complemento è, quindi, atto volontario e non avrebbe il Comune torto a rifiutarsi di mantenerle il posto e lo stipendio durante la guerra.

(5366) *Servizio militare.* — Al Dott. F. F. da B. E. rispondiamo che qualora fallisse la pratica iniziata dal Sindaco per lo esonero dal servizio militare come medico unico del Comune, Ella non potrebbe mantenere il posto e lo stipendio durante la guerra, in quanto che si sarebbe volontariamente arruolato non avendo personalmente alcun oblbigo di servizio militare.

(5368) *Servizio militare.* — Il Dott. G. L. da C. desidera conoscere se rinunziando alla dispensa dalla chiamata alle armi possa aspirare alla nomina ad ufficiale medico di complemento e con qual grado essendosi laureato il 20 luglio 1903.

Rinunziando alla dispensa dalla chiamata alle armi può aspirare alla nomina ad ufficiale medico di complemento. Avanzi domanda all'Ispettorato di sanità militare presso il Ministero della Guerra. Tenuto conto della data in cui ha conseguito la laurea potrebbe a nostro avviso, essere ascritto fra i tenenti.

(5369) *Estensione obblighi di cura.* — Al Dott. E. L. da M. rispondiamo che dal momento che l'aricolo 11 del capitolato gli fa obbligo di curare gratuitamente tutti gli abitanti del Comune inscritti o no al registro di anagrafe ai passaggieri, ecc., ecc., riteniamo che nulla possa chiedere alla signora indicata nel quesito, cui prestò la propria assistenza per dieci giorni.

(5371) *Denunzia di un nato-morto.* — Il Dott. L. G. da F. al S. desidera conoscere se la denunzia della nascita di un nato-morto deve essere fatta dal medico o dalla levatrice all'ufficiale dello stato civile e se occorre verificare la morte.

La denunzia all'ufficio di stato civile di un nato-morto è fatta dalla levatrice e non dal medico. Non occorre visita necroscopica.

Doctor JUSTITIA.

**I Quesiti pel "Doctor Justitia,, e le Domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinti, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

## CONDOTTE E CONCORSI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Medico-chirurgo 1° assistente o aiuto; classificazioni negli esami speciali; L. 1600 oltre L. 200 per l'ambulatorio, nette di R. M.; alloggio e vitto gratuiti. Servizio entro 8 giorni. Scad. 31 luglio.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Due condotte mediche del capoluogo e condotta di Civitella; L. 4000 lorde per cura piena. Età massima anni 35, salvo eccez. regol. Scadenza 20 luglio.

* CARPEGNA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta per 3 comuni consorziati; a tutto 20 luglio; L. 3000 fino a 1000 poveri (sono circa 600), L. 300 quale U. S., L. 50 per ogni 100 o frazione di 100 semiabbienti, L. 700 per cav.; tre sess. su L. 3000; per i parti L. 20-30; assicur. Accettaz. entro 15 giorni, salvo gravi ragioni.

FORLÌ. *Ospedale Civile.* — A tutto il 15 luglio concorso ad assistente nella Sezione chirurgica; annuo assegno di L. 1300; imposta di R. M. a carico dell'eletto. Ordinaria gratificazione annua di L. 120, alloggio nell'Ospedale, caffè e latte ogni mattina e vitto per l'intera giornata di turno per il servizio di guardia.

LAMPEDUSA (*Girgenti*). — Condotto per Linosa; L. 2400. Scadenza 20 luglio.

MANDURIA (*Lecce*). — Condotta Uggiano Montefusco; L. 2500. Età limite 35 anni. Servizio entro 10 giorni dalla partecipaz. Scad. 15 luglio.

MIANO (*Treviso*). — Condotto residenziale; L. 4150 lorde. Scadenza 20 luglio.

MOMBELLO (*Como*). — Condotta con Cerro; Lago Maggiore. Abitanti 2500. Condotta consorziale; L. 3600, sessenni. Scadenza 15 luglio.

MONTEFALCO (*Perugia*). — A tutto agosto è prorogato il concorso a una delle due condotte; L. 4400 comprese L. 350 per obbligo supplenza. Obbligo cavalcatura.

PERRERO (*Torino*). — Condotto ufficiale sanitario per Consorzio; L. 3500. Scadenza 30 luglio.

ROCCHETTA AL VOLTURNO (*Campobasso*). — Al 5 agosto condotta; età limite 45 anni; L. 1800 p. poveri; L. 900 p. la generalità, L. 300 quale U. S., nette da R. M. Chiedere l'annunzio.

ROVETTA (*Bergamo*). — Consorzio con Onore, Songavazzo e Cerete; L. 6050 lorde di R. M.; tre sessenni; obbl. cavallo. Cura piena. Scad. 15 lug.

SCLAFANI (*Palermo*). — Vedi avviso sulla prima pagina della copertina.

SIENA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario del Comune; vedi fasc. 26. Scadenza 20 luglio.

SPERANO (*Bergamo*). — A tutto 31 agosto condotta con Lurano; L. 4400 lorde, compreso servizio U. S.; tre sessenni. Servizio entro 8 giorni.

VIRGILIO (*Mantova*). — A tutto il 31 luglio posto di medico chirurgo del riparto di Pietole, frazione del detto Comune. In pianura, a chilometri 6 da Mantova, ecc. L. 3000, più L. 600 indennità pel cavallo e vettura obbligatoria e L. 300 retribuzione se eletto ufficiale sanitario. Aumenti sessennali. Abitanti 1500 circa, con 800 di questi inscritti nell'elenco dei poveri.

Medico trentasettenne, fornito di ottimi titoli e di congedo militare assoluto, pratico di condotta, accetterebbe interinato in montagna nell'Italia centrale o settentrionale (eccettuato il Veneto). Scrivere o telegrafare al dott. A. Veneziani, Bologna, via Marsala, 41.

Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NAPOLI. — È stato nominato sopraintendente dell'Ospedale dei Pellegrini il conte Francesco Bonazzi di Sannicandro in sostituzione del duca Camillo Caracciolo di Schiani, che ha compiuto il triennio di nomina. Il conte Bonazzi, che già altra volta fece parte del governo dei Pellegrini, esplicò opera di provetto amministratore, si dedicò inoltre alla soluzione dei più importanti problemi ospedalieri, provvedendo all'ampliamento dei locali del pio luogo ed al miglioramento dei servizi sanitari.

PADOVA. — Alla Cattedra d'igiene sperimentale presso la R. Università di Padova, per voto unanime di quella Facoltà, è stato proposto il professore Oddo Casagrandi, attuale rettore della R. Università di Cagliari.

Rallegramenti vivissimi al nostro amico.

ROMA. — Con decreto luogotenenziale sono promossi ordinari i professori: Pepere, di anatomia patologica all'Università di Cagliari; Bonanni, di materia medica all'Università di Pavia.

Il dott. Angelo Molinara da Altavilla Salentina è stato con recente decreto insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia.

Il prof. Gaspare Corso e il dott. Giuseppe Lo Jacono sono nominati membri del C. P. S. di Girgenti.

L'avv. comm. Gino Giolo è stato nominato Presidente dell'Ospedale di Rovigo.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Sui campi della gloria.**

Sono morti da prodi per la Patria:

il dott. Giuseppe PICCOLO, di Rocchetta S. Antonio, sottotenente medico. Cadde nella battaglia del Montenero del 3 giugno mentre, incurante del pericolo, in una località battuta dal fuoco, prestava le sue cure ad un soldato ferito;

il dott. Giambattista REBUFFI; da quattro anni funzionava da medico scolastico del Comune di Genova; teneva il posto di aiuto nel Dispensario antitubercolare di Genova. Cadde sul campo il 3 giugno;

Emilio NEUSCHÜLER, sottotenente di complemento, allievo del Collegio militare di Roma, iscritto ai corsi della Facoltà di medicina dell'Ateneo romano; era nipote del nostro ottimo amico prof. Alfonso Neuschüler.

**Per il ricovero dei feriti in guerra a Roma.**

Il comm. Lusignoli, commissario regio per gli Ospedali riuniti di Roma, ha fatto preparare i letti per i feriti di guerra, mano a mano che giungeranno a Roma.

Ne sono stati allestiti nei padiglioni I, II, III, IX, X, nella Clinica pediatrica, nella nuova sala dell'Accademia medica ed in altri reparti arredati provvisoriamente al Policlinico Umberto I.

Ogni sala ed ogni letto è al completo di quanto può occorrere per ricevere subito gli infermi. Vi sono anche piccole sale per gli ufficiali.

Altri letti sono pronti negli ospedali di San Giacomo e di San Gallicano.

Naturalmente, sgombrando i padiglioni suddetti del Policlinico, il commissario regio ha fatto ricoverare i malati in altri ospedali della città, inviando i cronici fuori di Roma.

L'on. Celesia, sottosegretario di Stato all'interno, accompagnato dal regio commissario, ha visitato l'ospedale di San Giacomo ed il Policlinico, intrattenendosi nei reparti preparati per i feriti.

Sin da quando cominciò a delinearsi la necessità della nostra guerra, il sindaco Colonna si preoccupò dei servizi necessari al trasporto dei feriti che i nostri ospedali dovranno raccogliere e fece deliberare dal Consiglio raccordi tramviari con lo scalo della piccola velocità alla stazione di Termini e con l'Ospedale Militare, allo scopo di impedire che il trasporto delle barelle dovesse verificarsi sulla pubblica via, risparmiando ai degenti dannose impressioni e agglomeramenti di folla.

I lavori sono stati alacremente eseguiti, e nel tempo stesso il Comune ha provveduto alla trasformazione di trentacinque vetture motrici e rimorchi, capaci di accogliere e trasportare senza scosse e sollecitamente i feriti dai treni agli ospedali.

Ogni vettura contiene tre ordini di barelle per ciascun lato, cioè diciotto posti: il che permette di accogliere più di trecento feriti, molto più cioè di quanto ne reca un treno della Croce Rossa, che normalmente deve ospitare 200 feriti.

In apposito padiglione saranno deposte momentaneamente le barelle per essere trasbordate dal treno alle vetture tramviarie. In questo padiglione la Croce Rossa ha apparecchiato una camera di soccorso munita di tutto l'armamentario di cui si vale la moderna chirurgia.

Si calcola che lo scarico di ciascun treno, il trasporto dei feriti ai varî ospedali, compreso il più lontano — quello di S. Spirito — e la restituzione del materiale di barelle al treno debba effettuarsi in due ore al massimo.

Una Commissione tecnica ha ispezionato e collaudato le vetture e le linee tramviarie di raccordo.

**Lotta contro l'alcoolismo nell'esercito.**

Il Consiglio direttivo della Lega Antialcoolica Bresciana, in omaggio a quei principî di sobrietà e temperanza che la informano, ha fatto appello alle autorità militari e civili, ai Comitati di preparazione, ai cittadini tutti perchè sia presa a cuore e seguita scrupolosamente la attuazione di quei provvedimenti che esso raccomanda, e cioè:

1° che siano proibite nelle stazioni ferroviarie la vendita e le offerte del vino e delle altre bevande alcooliche;

2° che le offerte ed i doni ai militari partenti consistano in sostanze igieniche, come pacchi di caffè, di thè, di cioccolato, ecc., che danno energia al corpo senza intossicarlo e sono utili alle fatiche che il soldato deve sostenere;

3° che il vino in generale venga somministrato ai militari nella misura regolamentare e si eserciti su di essi la più scrupolosa sorveglianza perchè non si abbandonino ad eccessi alcoolici, facendo loro altresì conoscere i gravi pericoli a cui li esporrebbe l'abuso delle bevande alcooliche.

Sono principii igienici codesti che tutti abbiamo il dovere sacrosanto di affermare e di diffondere in questi momenti in cui dal soldato si richiede uno sforzo eccezionale, fermezza di volontà, occhio vigile e sicuro, freddezza d'animo.

**La guerra e l'educazione pratica della volontà.**

La Commissione istituita dalla Associazione « Per la Scuola » di Milano, presieduta dall'onorevole De Capitani, ha riconosciuto che mai come nel grave momento attuale è necessario che il paese intero sappia volere, volere fortemente: i soldati per affrontare calmi e sereni il nemico, i cittadini per sopportare virilmente dolori, privazioni, difficoltà d'ogni genere causate dalla guerra e tenere alto lo spirito nazionale.

La Commissione unanime decise di pubblicare in fascicoletto, con quelle aggiunte ed esempi che si riterranno opportuni, l'articolo pubblicato dal cav. Luigi Brioschi sull'« Educazione pratica della volontà », per diffonderlo nelle masse; e prega vivamente medici, psicologi, direttori e direttrici d'istituti e scuole e tutti gli studiosi in generale, di volerle comunicare quelle idee, proposte e suggerimenti che ritengano utili a rendere l'opuscolo meglio rispondente allo scopo alto e patriottico.

Le lettere vanno dirette alla « Commissione per l'educazione della volontà », via Rossari, 2, Milano.

**L'Istituto di S. Corona in Milano per i feriti.**

La Presidenza di questo Istituto ha stabilito di procedere alla trasformazione delle sue ambulanze in via della Signora in ospedale della Croce Rossa, capace di contenere un centinaio di letti e con due sale di operazione, tre di medicazione, bagni e docce, servizi di disinfezione, un completo e moderno gabinetto di radiografia e quanto altro funziona in tempo di pace nei migliori ospedali civili e militari.

**Per i figli dei richiamati.**

Il Comitato delle colonie estive di Roma ha creduto doveroso di occuparsi dei figli dei richiamati in guerra più indigenti.

Ha quindi deliberato di istituire per essi speciali colonie estive, nelle quali l'opera di assistenza sarà prodigata sotto forma di vigilanza amorevole, di sana ed abbondante alimentazione, togliendoli ai tuguri e alla strada per trasportarli, ogni mattina, di buon'ora, in ville o giardini, dove trascorreranno nella serenità libera e salubre dell'aria piena, del sole, della luce, del bagno, la maggior parte della giornata.

Il Comitato si è rivolto alle scuole per raccogliere le adesioni delle maestre e dei maestri disposti a dare opera disinteressata per il funzionamento di tali colonie e per avere l'elenco dei figli dei richiamati che hanno bisogno di essere aiutati e assistiti.

La risposta a questo appello sarà degna dei maestri di Roma.

**Asili a Roma per i figli dei richiamati.**

La Sottocommissione (nominata dal grande Comitato per la mobilitazione civile) incaricata di ordinare l'assistenza ai bimbi dei richiamati ha raccolto le offerte di parecchi Istituti, già esistenti in ogni rione, per accogliere circa 700 fanciulli e ha deliberato di aprire 10 asili propri nei varî quartieri d Roma, con speciale riguardo ai quartieri popolari.

**Nidi dei bambini.**

A Milano le signorine riunite intorno a « La nostra Rivista », diretta da Sofia Bisi Albini, si propongono di custodire i bambini dei soldati, anche di tenera età, quando le mamme siano assorbite da altre cure, raccogliendoli in case e giardini messi a disposizione dalla generosità pubblica e che si chiamano « Nidi dei bambini ». Ivi le signorine, per turno, si dedicano interamente alle piccole creature, per le quali hanno raccolto vesti e regali.

**Pietà italica.**

Da una corrispondenza al « Giornale d'Italia » dell'8 luglio rileviamo che, dopo una sconfitta austriaca subìta in un tentativo d'irruzione notturna sul nostro territorio, a Val di Sole, il nostro Comando ordinò che il riflettore continuasse a funzionare per consentire ai nemici di raccogliere i loro morti e feriti. I nostri cannoni tacevano, rispettosi di quella triste bisogna. Per tutta la notte le pattuglie nemiche, agevolate dalla luce del nostro potente riflettore, si avvicinarono sul terreno della infruttuosa azione portando via un centinaio di caduti.

**Le violazioni degli austriaci alla Convenzione di Ginevra.**

L' « Agenzia Stefani » comunica:

Il « Correspondenz Bureau » pubblica, in data 29 giugno, che il personale infermiere italiano abusa della Convenzione di Ginevra e trasporta mitragliatrici a mezzo di barelle.

Tale notizia è assolutamente infondata. Si può invece asserire che continue violazioni della Convenzione suddetta avvengono per opera del nostro nemico. Il giorno 29 scorso presso Plava un nostro reparto sanitario, munito visibilmente di bandiere neutrali, fu fatto segno ad un vivo fuoco di artiglieria. Due infermieri rimasero uccisi ed un terzo ferito. Il 3 corrente poi, nei pressi di Monfalcone, mentre il capitano medico del 2° granatieri raccoglieva dei feriti nelle vicinanze dei reticolati nemici, sotto la protezione della bandiera internazionale e previo accordo cogli austriaci, veniva catturato a tradimento con 13 portaferiti.

Inoltre è da segnalare l'uso frequente che il nemico fa delle bombe a mano e delle granate contenenti gas asfissianti.

**Il colera in Austria.**

Notizie da Londra recano che fra i prigionieri russi a Debreczen, città di 70,000 abitanti, capoluogo del comitato di Haidu, nella pianura ungherese, si è sviluppato il colera, che in una settimana avrebbe dato circa 1500 casi. Il colera si è propagato con allarmante gravità ad un campo di concentrazione ove sono raccolti 17,000 russi, facilitato dall'insufficiente e malsano alimento fornito ai prigionieri.

Secondo il corrispondente della « Morning Post » da Budapest si devono deplorare ivi un migliaio di casi. Furono prese precauzioni per isolare il campo dalla città, ma sembra che i casi siano stati portati da Debreczen; del resto l'origine del colera non è russa, nè il morbo è limitato a Debreczen: l'epidemia è riapparsa in quasi tutta l'Ungheria.

Notizie giunte dall'Austria a Ginevra dicono che il 30 giugno sono stati constatati a Vienna due casi di colera asiatico, cinque in Moravia, uno in Slesia, due a Cracovia, ventotto a Valovitch.

**A proposito dei gas asfissianti.**

L'Associazione chimica industriale di Torino nelle sue ultime adunanze si è occupata del problema di difendere il nostro esercito dai gas tossici che, presumibilmente, gli austriaci, imitando gli scellerati metodi di guerra adottati dai loro alleati di Germania, impiegheranno contro i nostri soldati. Essendo questo argomento di speciale competenza dei chimici, ha nominato una Commissione col mandato di studiare sperimentalmente e metodicamente il problema onde fare proposte concrete circa i metodi di difesa che risultassero i più efficaci e pratici.

La Commissione, composta dei proff. Guareschi, Garelli, Issoglio, dei dottori Rotta e Masino, dell'ing. Pietro Guareschi e del presidente dell'Associazione, si è posta all'opera e nell'assemblea dei soci ha riferito sui risultati ottenuti.

Le conclusioni che fin d'ora si possono trarre dalle esperienze fatte sono:

1° Gli assorbenti o reattivi chimici liquidi (soluzioni di carbonati alcalini, iposolfiti, ecc.) coi quali generalmente si imbevono le maschere proposte da qualche Comitato, non sono sufficienti a trattenere i gas velenosi, sopratutto per la piccola quantità dell'agente stesso che impregna le maschere e che vien presto neutralizzato.

2° Ottimi risultati ha dato il carbonato di sodio cristallizzato con 10 molecole di acqua in minuti cristalli e per uno spessore da 5 a 8 cm. Con questo sale si fissa il cloro, l'acido cloridrico, l'ipoazotide, e più lentamente anche il bromo.

3° Agente più rapido ed energico risultò essere la calce sodata in minuti granuli, la quale assorbe, con sviluppo di calore, assai rapidamente il cloro, l'acido cloridrico, il bromo, l'ipoazotide, l'ossicloruro di carbonio (gas fosgene), cioè i principali gas che sono o possono venir usati in guerra.

Pure utile riuscì una mescolanza di calce sodata e carbonato sodico: da questa non si sviluppa acido carbonico.

4° Risultò che l'aria contenente quantità diverse dei gas sovradetti (anche in proporzioni rilevanti), può esser respirata liberamente se prima attraversa calce sodata sola, o mista con carbonato sodico cristallizzato. La Commissione sta completando gli studi per trovare la forma più conveniente e pratica per effettuare la respirazione attraverso al reattivo solido depurante.

Intanto, all'uopo di corrispondere alle iniziative del Comitato presieduto dall'on. Scialoja, tendenti ad elevare lo spirito pubblico con le parole e con gli scritti, reputando utile di illuminare il pubblico, mediante cognizioni scientifiche elementari, intorno ai cosidetti gas asfissianti, il prof. Icilio Guereschi terrà, nella sala della Federazione Società scientifiche e tecniche, la sera di lunedì 14 corrente, una conferenza col titolo: «La chimica dei gas velenosi e la guerra».

**Il Congresso per l'alimentazione razionale.**

Il Comitato promotore del Congresso per l'alimentazione razionale, igienica e popolare, indetto per iniziativa della Reale Società d'igiene, si è adunato a Milano in un salone delle Società scientifiche.

La numerosa assemblea ha deliberato circa la costituzione definitiva del Comitato ordinatore. A presiedere il Comitato è stato nominato il prof. dott. Adriano Ceradini, presidente della Società d'igiene, ed a segretario è stato chiamato il dott. T. Alitti.

Il presidente prof. Ceradini ha esposto quindi le conclusioni formulate dalla Giunta esecutiva, sul mandato precedentemente commessole.

La Giunta, nella considerazione della gravità e complessità del problema dell'alimentazione, delle conseguenze che in riguardo ad esse permarranno lungamente anche dopo la cessazione della guerra, e della necessità di adattare decisioni e suggerimenti relativamente alle condizioni dissimili in cui per rispetto all'alimentazione si trovano le diverse regioni d'Italia, ha espresso il parere che il Congresso debba esaminare il grave argomento in tutta la sua vasta portata ed in rapporto alle contingenze sociali, economiche, agricole, ecc.

L'assemblea, dopo un'esauriente discussione alla quale hanno partecipato quasi tutti i presenti, ha deciso, conformemente ai suggerimenti della Giunta, di tenere il Congresso in ottobre facendolo precedere da un'ampia inchiesta sulle condizioni nelle quali si trovano le diverse provincie italiane in riguardo al problema dell'alimentazione, e trattando nel Congresso il problema medesimo in tutti i suoi rapporti collaterali.

Ha deliberato pure di provvedere immediatamente ad una larga diffusione, fra le popolazioni d'ogni regione, delle conoscenze già acquisite sull'alimentazione razionale, igienica, economica; e ciò a mezzo di opuscoli a grandi tirature, di conferenze, di comunicazioni alla stampa, ecc., che dieno norme popolari sul massimo rendimento nutritizio e sul maggior rendimento economico delle diete alimentari nelle diverse provincie, sulla migliorata utilizzazione delle sostanze alimentari, attualmente non usate come tali o non completamente o erroneamente utilizzate, sulla coltura razionale del suolo per sopperire ai bisogni alimentari del momento, sull'allevamento economico del bestiame, ecc.

L'assemblea ha quindi deliberato sul programma del Congresso, fissando i temi.

A giorni il presidente prof. Ceradini, accompagnato da deputati e da senatori milanesi, si recherà a Roma per abboccarsi col presidente del Consiglio onde offrirgli la presidenza onoraria del Congresso ed avere i necessari appoggi dello Stato per lo svolgimento della sua iniziativa.

**Assemblea di medici chirurgi rinviata.**

Il Consiglio direttivo dell'Associazione fra i medici chirurgi liberi esercenti di Roma e provincia fa noto ai soci che per le presenti condizioni e per l'assenza di molti soci da Roma, l'assemblea ordinaria che doveva aver luogo nel mese di giugno sarà rinviata ad epoca da stabilire.

**Associazione milanese per la difesa dalla tubercolosi.**

Si è adunato il Consiglio della benemerita Istituzione, e il preisdente, prof. Denti, il dottore cav. Jona, il prof. Ronzoni e il cav. Meroda, presentarono le loro relazioni dalle quali risulta che nel 1914 furono 46,000 le visite ed ottimi i risultati.

**Colonia marittima permanente milanese.**

È stata aperta a San Remo una Colonia marittima permanente, con annessa scuola all'aperto, per i bambini di Milano. Un'apposita Commissione, che nell'ultima estate provvide in San Remo la sede per una Colonia balnearia scolastica milanese, non volle ritardare a collocarvi anche l'attuale Colonia permanente con scuola all'aperto, che funziona dal 10 dicembre u. s.

L'istituzione si prefigge di giovare agli alunni poveri o di condizione non agiata, gracili o convalescenti da malattie acute non infettanti, scelti a preferenza fra quelli appartenenti alle scuole elementari, offre ai Patronati scolastici speciali facilitazioni. Essa viene assistita da una

Commissione didattica composta da direttori e da direttrici delle scuole comunali, per quanto riguarda il funzionamento della scuola all'aperto, nella quale vengono adottati, con opporuni emendamenti, i programmi governativi.

L'accettazione degli alunni e la sorveglianza sanitaria è affidata al prof. G. Ronzoni e al dottor G. Salvini, dei Dispensari antitubercolari cittadini.

**Nuova sala ospedaliera a Napoli.**

Il 20 maggio, con l'intervento di S. A. R. il Duca d'Aosta e dei componenti il Governo dei Pellegrini, fu inaugurata la nuova sala nell'Ospedale dell'Augustissima Arciconfraternita della SS. Trinità dei Pellegrini e Convalescenti, capace di 32 letti, con annessa sala operatoria, sala da bagno e altra saletta riservata di degenza. Essa risulta dalla trasformazione di modeste casette di abitazione civili avvenuta mercè ardito abbattimento di muri intermedi e rafforzamento dei muri perimetrali, che sostengono il gran solaio in cemento armato. L'opera è stata eseguita su progetti e sotto la direzione dell'ing. comm. Comencini con l'osservanza rigorosa della tecnica ospedaliera, escluso ogni infisso in legno. La sala è destinata ad accogliere le donne, cui si provvede dalla Pia Opera a seguito delle fondazioni Paolotti e Verusio, perchè prima l'Ospedale era per soli uomini. Così dalle sale troppo anguste dell'ultimo piano le donne passeranno in questo nuovo amplissimo e moderno salone, eliminandosi l'inconveniente del troppo immediato contatto tra l'attuale 3ª sala uomini e le sale donne, ora abolite e che saranno invece adibite per guardaroba e pel Gabinetto batteriologico del quale prossimamente si arricchirà l'Ospedale, vanto e gloria di Napoli.

**Ufficio di collocamento per infermieri.**

Sotto gli auspici della Società Umanitaria e dell'Unione infermieri verrà prossimamente istituito a Milano presso l'Associazione Disinfettatori diplomati, viale Elvezia 4-A, un Ufficio di collocamento per infermieri ed infermiere diplomati, specializzati nell'assistenza dei malati contagiosi.

Dirigente tecnico ne sarà il presidente stesso dell'Associazione Disinfettatori diplomati, dottore G. Arcelaschi, il cui nome è garanzia della serietà e moralità della nuova istituzione.

L'ufficio sarà aperto dalle 8 alle 22.

Per schiarimenti e richieste rivolgersi alla sede della Associazione Disinfettatori diplomati, viale Elvezia 4-A, Milano.

**Medici assicurati.**

Il Consiglio comunale di Terracina, su proposta dell'assessore per l'igiene, ha approvato ad unanimità di contrarre con l'Istituto Nazionale a favore dei suoi sanitari (chirurgo, medici e veterinario) un'assicurazione sulla vita (tariffa IX) in modo che essi dopo 25 anni di servizio vengono a liquidare una pensione di lire 2000 annue; due terzi dell'importo del premio li paga il Comune, ed un terzo è a carico del sanitario. Il Consiglio comunale è venuto a tale determinazione, preoccupato della posizione economica in cui cadrebbero i suoi sanitari all'epoca della vecchiaia, se restasse loro soltanto la meschina pensione della Cassa Nazionale di previdenza, che liquida ai sanitari, dopo 25 anni di servizio, appena 60 lire mensili.

**Corso di dame infermiere.**

Anche a Tivoli si è svolto ed è terminato con esito felicissimo il corso di dame infermiere, che è stato frequentato da numerose signore e signorine. Il corso ha avuto luogo nel civico Ospedale. Le varie lezioni pratiche e teoriche sono state impartite con zelo e con amore dai sanitari dott. Felice Santori, dott. Vincenzo Pasquali e dott. Lucherini Tommaso.

Il corso ha avuto la durata di un mese e mezzo.

Rallegramenti con i tre sanitari, che hanno contribuito in questa ora a formare un nobile còrpo di infermiere ed a diffondere sempre più ed affinare la coscienza sanitaria.

**Per l'assistenza sanitaria a Tunisi.**

A cura del delegato della Sezione locale della Croce Rossa, cav. dott. Morpurgo, è stato aperto a Tunisi un corso per l'istruzione di infermieri per i feriti di guerra: numerose persone, fra cui molte signorine, vi si sono iscritte. Le lezioni teorico-pratiche sono svolte dal cav. dottor G. Levi, coadiuvato dal dott. A. Cortesi e dal farmacista Campisi, tenente della Croce Rossa Italiana.

**Incendio all'ospedale militare di Calais.**

L'ospedale ausiliare di Calais, diretto dal medico belga Depage, è stato distrutto da un incendio. Si provvide ad evacuare rapidamente i feriti.

**Nuovo ospedale per mutilati in Francia.**

A Parigi la « Società di soccorso ai feriti militari » d'accordo con la « Federazione dei mutilati di guerra », ha aperto un nuovo ospedale (n. 59), il quale sarà specialmente destinato ai mutilati; contiene 40 letti; ne è medico-capo il prof. Legueu.

**Arresto di un falso medico.**

È stato arrestato in un caffè di Roma un individuo che, spacciandosi per medico, diffondeva notizie allarmistiche, simulando di telefonarle all'Ospedale Militare.

---

Si annunzia da Strasburgo il decesso del professore **Eugenio Koeberlê,** di 87 anni. Da operaio studiò medicina; tre mesi dopo la laurea venne nominato professore aggregato; si dette alla chirurgia, raggiungendo un'abilità manuale straordinaria; a lui si debbono molti perfezionamenti tecnici nella chirurgia addominale. Rimasto in Alsazia dopo la sconfitta francese del 1870, rifiutò tutte le cariche e gli onori che gli vennero offerti con insistenza dal Governo germanico.

---

## Rassegna della stampa medica.

*L'Actinoterapia*, 20 mag. DESSAUER: Il problema della terapia fisica del carcinoma. — SPINELLI M.: La Röntgenterapia nelle metropatie e nelle metriti emorragiche. — LANZI: La depilazione con i raggi Röntgen nelle ipertricosi.

*The Journal A. M. A.*, 22 mag. BAER, LIBBY: Il trattamento scopolamino-morfinico nel travaglio. — NATHAN: La coxite tubercolare. — HAMBURGER e LEACH: Ulcera gastrica e duodenale: influenza dell'intervento operativo sulla motilità e sulla secrezione dello stomaco.

*Giorn. intern. d. Sc. Med.*, 31 mag. VANNELLI: Sarcomi dell'utero e loro istogenesi. — SPIRITO: Cutireazione della gravidanza di Engelhorn e Wintz.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 25 mag. ACHARD: Sull'asfissia da gas tossici dei proiettili di guerra.

*Arch. di Farmac. sperim. e Sc. affini*, 1 mag. SEBASTIANI e GALASSI: Azione pirogena e antigene della tossina del tifo. — SIMON: Se la stricnina sia un'antogonista della stovaina.

*Il Cesalpino*, 1 mag. DE DOMINICIS: Sull'identificazione delle polveri da sparo. — MARIMÒ. Coscienza e libertà. — 15 mag. DE DOMINICIS: Sulla morte apparente e la constatazione del decesso. — SFORZI: Dissimulazione di ernia traumatica.

*The Lancet*, 21 mag. HAWTHOME: Aspetti clinici del polso alternante.

*Brit. Med. Journ.* 29 mag. OLIVER: Traumatismo e tubercolosi. — COLLINS: Malattia di Banti.

*Journal d. Prat.*, 29 mag. RENAULT: Sul trattamento abortivo della sifilide. — Medicina di guerra.

*Gazz. d. Osp.*, 30 mag. DE BLASI: Angina di petto pseudogastralgica.

*Rev. del Circ. Médico Argentino*, feb. FAGNET: L'uomo divorato dalla sua matita. — Mar. AMEGHINO: Origini ed emigrazioni della specie umana. — RAMON Y CAJAL: Le condizioni sociali favorevoli all'opera scientifica. — VITON: Sulla semeiologia del sistema nervoso.

*La Clin. Ostetr.*, 30 mag. FERRONI: Lesioni infiammatorie annessio-pelviche e gravidanza.

*The Boston M. a. S. Journal*, 27 mag. GETCHELL: Tubercolosi della gola.

*La Presse Méd.*, 31 mag. LANDOUZY, ROGER, ACHARD: I progressi della medicina francese negli ultimi 50 anni.

*Medic Record*, 29 mag. NOYES: I bambini atipici. — ERUST: Le deficienze mentali dei precoci. — DUTTON: Crisi acide. — AMES e MAC ROBERT: Convulsioni psicogene. — WYETH: Cura del gozzo con iniezioni d'acqua bollente.

*The Redical Revew*, 20 mar. BREWER: Infezioni ematogene dei reni.

*La Clin. Med. Ital.*, mag. FEDELI: Eliminazione dei cloruri per la bile. — FERRERO: Diastasi urinaria. — VALLARDI: Sarcoma a sindrome mediastinica. — OLLINO: Influenza dei raggi suglie elementi ematici.

*Riv. Clin. de Madrid*, 30 mag. LAFORA e MARANON: Insufficienza ipofisaria (sindrome di Fröhlich). — ACHUCARRO: Gliotettonica della corteccia cerebrale.

*Il Lavoro*, 31 mag. DEVOTO: Il cuore stanco dei militari non allenati.

*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, 31 mag. AYMERICH: Influenza dell'adrenalina sul quadro ematologico della gravida. — D'EMIDIO: Il grasso placentare. — FERRONI: Fibromiomi uterini a sviluppo sottoperitoneale.

*The Journal A. M. A.*, 29 mag. VANGHAN: Storia ed epidemiologia del tifo esantematico. — SMITH: Effetti dell'altitudine sulla pressione sanguigna. — DAVIS: Infezioni da batteri emoglobinofili. — GUTHRIE e LEE: Trapianti ovarici. — DYAS: Trattamento aperto delle ferite infette.

*La Tubercol.*, mag. SESTINI: L'emigrazione italiana in rapporto con la tubercolosi.

*La Pediatria*, giu. ZAMORANI: Contenuto in lipasi del sangue nell'età infantile. — ROSATI: Teratoma lombare e rachischisi in bambina di 2 anni operata e guarita. — MAGGIORE: La malaria infantile nella città e circondario di Palermo.

*Pathologica*, 1 giu. SANGIORGI: Sulla natura dei cosidetti «corpi di Kurloff». — LORENTI: Reperto batteriologio in gastro-enterite infantile letale.

*La Stomatol.*, 1 giu. D'ALESI: Frattura comminutiva del mascellare inferiore da arma da fuoco.

*Riv. di Ig. e San. Pubbl.*, 1 giu. BERTARELLI e TEDESCHI: La cistifellea nella patogenesi di alcune infezioni.

*Gazz. d. Osp.*, 3 giu. FARMACHIDIS: Nuova siero-reazione per la diagnosi di carcinoma.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.
(32)

Anno XXII. *Roma, 18 luglio 1915* Fasc. 29

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## MEDICINA DI GUERRA.

### L'odontoiatria nell'esercito e nella marina in tempo di guerra

per il dott. ANGELO CHIAVARO
professore di odontoiatria e protesi dentaria
nella R. Università di Roma.

SOMMARIO: *L'odontoiatria nell'esercito italiano e negli eserciti stranieri.* — *Cure dentarie che può prestare il medico militare.* Profilassi dentaria - Cura del dolore dei denti - Disodontiasi - Malattie della polpa del dente - Malattie del pericemento - Estrazioni - Cura delle fratture delle ossa mascellari. — *Cure dentarie che può prestare l'odontoiatra.* Le malattie dei denti - Apparecchi per la cura delle fratture delle ossa mascellari. — *Progetto di organizzazione del servizio odontoiatrico nell'esercito e nella marina.*

(*Continuazione e fine*).

*Malattie del pericemento.* — Sintomi caratteristici delle malattie del pericemento (iperemia, pericementite acuta e cronica) sono: arrossamento del tessuto gengivale; dolore alla pressione sulla gengiva nella regione apicale del dente; dolore alla pressione e alla percussione del dente; ipertrusione del dente (il dente è più sporgente degli altri sul piano di combaciamento) per l'aumentato spessore del pericemento a causa dell'iperemia o dell'infiammazione; tentennamento più o meno accentuato del dente; suono leggermente ottuso alla percussione con uno strumento metallico in confronto del suono dei denti sani omologhi. Nei casi più gravi a questi sintomi si aggiunge, per la pericementite apicale settica acuta, la formazione di un ascesso alveolo-gengivale; per la pericementite apicale settica cronica la presenza di una fistola gengivale, palatina o cutanea.

La cura delle malattie del pericemento non può essere quasi in alcun caso efficacemente praticata dal medico, richiedendo essa appositi strumenti, tecnicità tutta speciale ed anche un periodo considerevole di tempo. Quando però non si ha la possibilità d'indirizzare subito il paziente all'odontoiatra, se si giudica di poter conservare il dente ammalato, gioverà molto in ogni caso di malattia del pericemento a far diminuire le sofferenze la somministrazione di un calmante generale (un sale di morfina, per iniezione o per bocca, piramidone, adalina, cachets del Faivre, del Boveil, ecc.) e il porre il dente malato in istato di riposo, impedendo che esso riceva gli urti dei denti opposti. Infatti, il dente malato di pericementite, diventando ipertruso, è il solo che si trova in contatto con i denti opposti quando la bocca è chiusa, e ogni pressione o urto che riceve esacerba il dolore. Si può impedire il combaciamento del dente dolente consigliando al paziente di tenere fra i denti del lato opposto o fra quelli dello stesso lato, ma posteriori al dente malato, un pezzettino di sughero di altezza sufficiente perchè il dente non tocchi quelli opposti. Il pezzettino di sughero può anche venire legato alle corone dei denti se esso viene tagliato in forma rettangolare, di lunghezza sufficiente per coprire le facce combacianti di due o tre denti, secondo i casi (due o

tre centimetri), e di larghezza presso a poco uguale al diametro vestibolo-linguale dei denti da coprire (circa un centimetro). Si praticano allora quattro forellini ai quattro angoli, vi si passano due fili di seta dentaria cerata, o in mancanza di questa, di seta da suture, dopo averla incerata, e si fissa la seta con legatura intorno alle corone dei denti. Invece del sughero si può anche usare allo stesso modo una strisciolina di caucciù molle o di mackintosh ripiegato a più doppi. Intanto per un certo periodo il paziente dovrà rimanere a dieta liquida. Se si tratta d'iperemia traumatica del pericemento per un colpo ricevuto dal dente, la guarigione si potrà avere in pochi giorni.

L'iperemia del pericemento è frequente in individui che, per cura di malattie generali, prendono per via interna preparati mercuriali o ioduro di potassio. In tali casi tutti o quasi tutti i denti sono dolenti e più o meno tentennanti e si ha iperemia generale delle gengive. Siccome ciò avviene soltanto in individui che non hanno i denti in perfetto stato igienico, ma intonacati più o meno di tartaro, la cura consiste nel far sospendere temporaneamente la somministrazione del medicinale, indirizzando in pari tempo il paziente dall'odontoiatra per la cura e la pulitura accurata dei denti. In seguito, se il paziente curerà l'igiene della bocca, la cura interna non influirà più sul pericemento, nè sulle gengive.

Nei casi di pericementite settica acuta solo se il dente malato è profondamente cariato e la cavità della polpa è aperta all'esterno il medico avrà la possibilità di tentare la cura locale, cercando di pulire la cavità del dente e lasciandovi in permanenza un batuffolino di cotone imbevuto di un antisettico energico, sempre, s'intende, nei casi in cui non è possibile di ricorrere alle cure dell'odontoiatra.

Se vi è formazione di ascesso, l'incisione di questo mitigherà o farà cessare le sofferenze del paziente. Quando l'ascesso è in via di formazione non si consigli mai di applicare cataplasmi caldi sul viso, chè si potrebbe ottenere come conseguenza la complicazione dell'apertura dell'ascesso sul viso, anzichè sulla gengiva. Se si vuole affrettare la formazione dell'ascesso si possono applicare sostanze calde sulla gengiva (lattuga cotta, pane o fichi secchi bolliti), nel fornice gengivo-labiale o gengivo-genieno. Sulla faccia invece è preferibile l'applicazione di acqua fredda o della borsa di ghiaccio, specialmente in caso di minaccia di apertura dell'ascesso alla superficie dei tegumenti esterni della faccia.

In casi gravi, in cui il paziente ha temperatura elevata e si teme la possibilità d'infezione generale, si rende necessaria l'estrazione del dente. L'estrazione è in simili casi particolarmente difficile e dolorosa se il dente o la sua radice sono ancora bene impiantati negli alveoli. Quando è possibile, è necessario perciò che essa venga praticata da un odontoiatra.

Sia in questo che in altri casi in cui si è costretti ad estrarre denti o radici, non si deve mai dimenticare di pennellare la cavità alveolare con tintura di iodio, senza però zaffarla, e di ripetere questa medicazione per più giorni consecutivi sul coagulo sanguigno formatosi nell'alveolo, nei casi in cui i tessuti peridentari sono infetti.

La pericementite cronica con formazione di fistola non può avere che riacutizzazioni leggere, poco dolorose e di breve durata. La pericementite cronica del pericemento di radici scoronate può dare riacutizzazioni piuttosto gravi, anche con formazione di ascesso, e la cura migliore è l'estrazione, che in mancanza dell'odontoiatra può venire eseguita dall'ufficiale medico, se egli dispone di strumenti adatti.

Una forma molto frequente di pericementite cronica, diffusa a più denti o a tutti i denti, è la *piorrea alveolo-dentale,* così chiamata, perchè il sintoma caratteristico è dato da flusso di pus dall'alveolo. Questa malattia, che talvolta si riscontra anche in soggetti giovani, è diffusissima in soggetti di età avanzata e consiste nella distruzione progressiva dei tessuti peridentari (pericemento, tessuto alveolare, periostio, gengiva) e per conseguenza nel progressivo tentennamento dei denti malati, le cui radici rimangono a poco a poco denudate dai tessuti su cui erano impiantate.

La diagnosi di piorrea alveolo-dentale si può fare con sicurezza se, premendo sulle gengive col polpastrello dell'indice e facendo scorrere questo dalla regione apicale verso la corona del dente o dei denti dolenti e tentennanti, si vedrà fluire pus dallo spazio gengivo-dentale.

L'odontoiatra può curare anche radicalmente la piorrea alveolo-dentale ai suoi primi stadi. L'ufficiale medico però, che ha da occuparsi di tante altre malattie, non può certamente imprendere anche la cura di questa, che richiede molto tempo, strumenti appositi e speciale tecnica operativa.

La cura palliativa consiste nella prescrizione di sciacqui astringenti e disinfettanti e nella pennellatura delle gengive con tintura di iodio.

I denti molto tentennanti, che impediscono la masticazione, devono venire estratti. In questo caso l'estrazione è facilissima e riuscirà di grande sollievo al paziente.

*Estrazioni.* — Da quanto si è detto emerge che soltanto in rari casi l'ufficiale medico si troverà nella necessità di ricorrere all'estrazione di denti dolenti, ed egli certo non ignora che l'estrazione spesso è operazione difficilissima, quando non si abbia una grande pratica di essa, e può dare anche luogo a complicazioni dannose.

È vero che con le moderne tanaglie non accadono più le fratture alveolari, tanto frequenti quando si adoperava il così detto cane da estrazione (*torniquet, chiave inglese*), ma anche presentemente sono frequentissime le fratture di corone dei denti per estrazioni tentate da persone inesperte e non fornite di strumentario completo. D'altra parte, conoscendosi oramai tutta l'importanza che hanno i denti nell'economia dell'organismo, è evidente la necessità di non sacrificare uno di questi organi quando esso può essere conservato.

L'ufficiale medico deve poi tener sempre presente che finchè esiste tessuto alveolare, o rimangono anche semplicemente due terzi dell'altezza di esso, il dente estratto accidentalmente o per necessità di cura può venire ripiantato nel suo alveolo, può riacquistare la sua solidità d'impianto nell'osso e riprendere le sue funzioni normali. Il ripiantamento può essere effettuato anche dopo un mese e più dall'estrazione e possono perfino ripiantarsi le semplici radici scoronate, alle quali si può applicare in modo stabile e fisso una corona artificiale, cementandovela. Perciò i denti anche cariati e le radici che si è costretti ad estrarre per ascessi o per altra causa, non devono venir gettati via, ma si conservano in una soluzione di acido fenico in acqua (5 %) o di formalina (5 %), perchè l'odontoiatra possa in seguito eseguirne il ripiantamento (1).

*Tecnica per l'estrazione di denti e di radici.* — Qualunque estrazione di denti o di radici deve essere preceduta da anestesia locale, che riuscirà efficacissima in tutti i casi in cui non vi sia in atto una pericementite apicale settica acuta con formazione di ascesso.

Un'ottima formula di anestetico per iniezioni gengivali è la seguente:

| | | |
|---|---|---|
| Acqua distillata, sterilizzata, | grammi | 100 |
| Cloruro di sodio . . . . | » | 0.92 |
| Novocaina . . . . . . | » | 2 |
| Adrenalina, soluz. millesim. | gocce | 50 |

Per essere sicuri dell'asetticità dell'anestetico, questo, dopo essere stato preparato con le dovute cautele, deve venire conservato in fialette di vetro chiuse alla fiamma, contenenti ciascuna un centimetro cubo di soluzione. Il contenuto di ogni fialetta è sufficiente per ogni caso.

L'anestesia del dente e della gengiva per raffreddamento non dà risultato soddisfacente.

Dopo fatta l'anestesia locale, mediante iniezioni gengivali sulla superficie vestibolare e palatina o linguale, in corrispondenza della radice del dente da estrarre, è necessario di scollare con un bisturì la gengiva intorno alla linea cervicale del dente e d'inciderla longitudinalmente sulle due facce anestetizzate, per mettere il più possibile allo scoperto la radice da afferrare.

Per l'estrazione di denti e radici sono strettamente necessarie 9 tanaglie: (1) una per gli incisivi superiori, che si può anche far servire per i monocuspidati (canini) e per i bicuspidati (premolari); (2) una per il primo e secondo policuspidato superiore (grosso molare) di destra ed (3) una per gli stessi due denti superiori di sinistra; (4) una per il terzo policuspidato superiore destro e sinistro; (5) una per gl'incisivi inferiori, che può anch'essa servire per i monocuspidati ed i bicuspidati inferiori dei due lati; (6) una per i primi e secondi policuspidati inferiori dei due lati ed (7) una per i terzi policuspidati inferiori. Per le radici possono in alcuni casi servire le tanaglie da incisivi superiori ed inferiori, ma è preferibile avere due tenaglie apposite, (8) una per radici superiori ed (9) una per radici inferiori, che possono anche servire per estrarre ad una ad una le radici multiple dei policuspidati, quando sono separate l'una dall'altra.

L'estrazione dev'essere eseguita, non solo teoricamente, ma anche praticamente in tre tempi distinti: *presa, lussazione, trazione.*

La presa del dente o della radice con la tanaglia dev'essere fatta quanto più profondamente è possibile; le punte della tanaglia devono afferrare il dente o la radice possibilmente al di là della metà della sua lunghezza totale (non della lunghezza della sola corona).

La lussazione si fa con *movimenti di torsione* e *rotazione* per i denti a radice unica e con *movimenti a campana* in senso linguo-vestibolare per i denti a radici multiple. Soltanto dopo esser sicuri di avere lussato il dente si passa alla trazione.

Seguendo questo procedimento ed operando con calma e senza fretta, l'estrazione, fatta da chi avrà acquistato un po' di pratica, riuscirà bene, poco dolorosa e senza pericolo di complicazioni.

(1) A. CHIAVARO. *Il ripiantamento dei denti.* Giorn. di corrispondenza pei dentisti, vol. 38, disp. 1ª, 1909.
ID. *Tre casi rari di ripiantamento dei denti.* Tip. Nazionale. Roma, 1914.

*Cura delle fratture delle ossa mascellari.* — La cura delle fratture delle ossa mascellari, come quella delle fratture di altre ossa, non si può ottenere rapidamente e in modo perfetto, se non con l'immobilizzazione assoluta della parte fratturata per un certo periodo di tempo. Questa immobilità, specialmente riguardo alla mandibola, è impossibile ottenerla con la semplice fasciatura o con la sutura metallica e perciò quasi tutti i chirurgi chiedono in simili casi la collaborazione dell'odontoiatra, per la costruzione di apparecchi speciali d'immobilizzazione.

Siccome poi nelle fratture dei mascellari viene sempre lesa la polpa di alcuni denti, che a causa del trauma in seguito si cancrena, si rende in ogni caso necessaria l'asportazione delle polpe dentali cancrenate, o l'estrazione dei relativi denti, che possono in seguito venire anche ripiantati. Ove questa precauzione venisse trascurata le polpe dentali cancrenate produrrebbero ascessi purulenti, fistole e necrosi di porzioni del tessuto osseo. Verificandosi queste condizioni si comprende come la riunione delle parti fratturate venga ostacolata.

In tempo di pace si può sempre richiedere l'intervento di un odontoiatra per la cura delle fratture mascellari.

In tempo di guerra, finchè non avremo un'organizzazione odontoiatrica completa per l'esercito, sarà l'ufficiale medico che dovrà prestare al paziente le prime cure. Dopo il lavaggio accurato delle ferite e della bocca, la cura dell'emorragia, ecc., sarà primo pensiero del medico di ridurre le ossa mascellari in posizione normale, anche se vi è perdita di sostanza ossea, basandosi sul combaciamento dei denti rimasti nelle due mascelle. È necessario pertanto che egli tenga presenti i principali punti di riscontro del combaciamento normale dei denti, che sono i tre seguenti:

1) I quattro incisivi superiori devono chiudere labialmente (al di fuori) degli inferiori, coprendo le corone di questi per circa un terzo della loro lunghezza.

2) La cuspide del monocuspidato (canino) superiore deve trovarsi in corrispondenza dello spazio interdentario fra il monocuspidato ed il primo bicuspidato (premolare) inferiori.

3) La cuspide mesiale, ossia anteriore, del primo policuspidato (grosso molare) deve combaciare fra le due cuspidi vestibolari del primo policuspidato inferiore.

Posti i denti in posizione normale si pratica la fasciatura della testa, in modo da immobilizzare le due mascelle, lasciando liberi i movimenti delle labbra. Il paziente potrà nutrirsi di liquidi, i quali passano con facilità fra i denti anteriori, rimanendo sempre un certo spazio fra di essi, finchè non potrà essere effettuato il trasporto all'ospedale e non potrà essere applicato l'apparecchio. La persona che ha in cura il paziente dovrà fare, se sarà possibile, lavaggi antisettici della bocca dopo ogni somministrazione di alimenti liquidi.

CURE CHE PUÒ PRESTARE L'ODONTOIATRA.

L'odontoiatra militare o l'odontoiatra borghese addetto al servizio dei militari può prestare naturalmente tutte le cure odontoiatriche moderne, se risiede in ospedali militari territoriali, provvisti di gabinetto odontoiatrico e laboratorio per odontotecnica sufficientemente arredati.

È più limitata, riguardo alla complessità delle cure, l'opera dell'odontoiatra che segue gli eserciti combattenti o risiede negli ospedali da campo, sulle navi da guerra o sulle navi ospedale, per l'impossibilità d'impiantare in tali posti il macchinario necessario. Ma ove si volesse provvedere alla cura odontoiatrica veramente efficace dell'esercito, sarebbe indispensabile che il servizio odontoiatrico, al pari di quello medico, non fosse soltanto effettuato negli ospedali territoriali, ma anche nei posti sanitari di prima linea, negli ospedali da campo, sulle navi da guerra e sulle navi ospedale, in modo che ufficiali, soldati e marinai potessero ricevere le cure necessarie nei numerosissimi casi di malattie dentali, che sono molto più frequenti dei casi di qualunque altra malattia, e perchè soldati e marinai potessero subito trovare le cure necessarie in casi di fratture delle mascelle, tanto numerosi nei moderni combattimenti.

*Le malattie dei denti.* — Non è necessaria la presenza dell'odontoiatra sul fronte degli eserciti combattenti; ma *nei posti di medicazione reggimentali,* negli *ospedali da campo* e sulle *navi ospedale* l'odontoiatra può curare tutte le malattie dentali efficacemente e permanentemente, praticando anche otturazioni e perfino riparazioni e costruzioni di apparecchi artificiali amovibili, tanto più se ha alle sue dipendenze un meccanico-dentista (odontotecnico), che possa aiutarlo nei lavori, potendosi servire di strumenti ed apparecchi facilmente trasportabili. Quanto questo sarebbe vantaggioso possono comprenderlo gli ufficiali e soldati, che hanno già preso parte a qualche campagna e ricordano le sofferenze causate da qualche dente malato o gl'inconvenienti derivati da un apparecchio di prostesi rotto, mentre erano nell'impossibilità di trovare uno specialista e vedevano che l'ufficiale medico, malgrado il suo

buon volere, non riusciva a guarirli o ad aiutarli.

*Apparecchi per la cura delle fratture delle ossa mascellari.* — L'odontoiatra che risiede negli ospedali da campo e sulle navi ospedale dovrebbe esser provvisto di un certo numero di apparecchi già preparati per l'immobilizzazione della mandibola in casi di frattura senza perdita di sostanza ossea. Tali apparecchi potrebbero così venire applicati ai pazienti anche prima che questi venissero inoltrati negli ospedali territoriali. A mano, a mano che gli apparecchi vengono a mancare essi verrebbero riforniti dagli ospedali territoriali, dove verrebbero costruiti.

Il tipo più razionale di questi apparecchi consiste in una doccia metallica continua, destinata a coprire le corone dei denti inferiori, e che segue perciò la curva dell'arco dentario, e in una placca metallica sottomentoniera. Alla doccia e alla placca sono saldate due robuste lamine metalliche, che si prolungano in senso orizzontale in corrispondenza della regione dei bicuspidati (premolari) di ogni lato; ciascuna estremità di ogni lamina ha un foro ed esso dà passaggio ad un asse metallico con le estremità tagliate a vite, che serve a fissare, per mezzo di dadi avvitati, la doccia, quando questa è applicata sui denti, alla placca, adagiata sotto al mento con interposta una fascia di garza e cotone idrofilo. Nella placca sottomentoniera si praticano delle aperture in corrispondenza delle ferite esterne, per permetterne la medicazione (1).

Con tale apparecchio rimane immobilizzato l'osso mandibolare in tutta la sua estensione, ma rimane libera l'articolazione, in modo che il paziente può aprire la bocca e nutrirsi di cibi anche solidi, potendo masticare sulla doccia metallica, che combacia con i denti della mascella superiore.

Sia la doccia che la placca mentoniera, dovendo essere preparate in precedenza, si potrebbero costruire su tre o quattro misure, che sarebbero facilmente adattabili a tutti i casi.

L'apparecchio che ha servito ad un paziente può venire disinfettato e servire per altri pazienti.

Nei casi di frattura delle ossa mascellari superiori senza perdita di sostanza ossea è possibile d'immobilizzare le parti fratturate legando i denti che limitano la frattura anche semplicemente con seta dentaria cerata, oppure praticando una fasciatura occipito-mentoniera, dopo di aver fatto combaciare normalmente i denti delle due mascelle.

In casi più gravi si può costruire una placca palatina in continuazione con una doccia, che possa abbracciare le corone di tutti i denti superiori, ai quali viene cementata. Si possono anche adoperare altri apparecchi d'immobilizzazione più complicati, già in uso in odontoiatria.

*Apparecchi di prostesi per le mascelle, naso, faccia e ossa.* — Gli apparecchi di prostesi per le mascelle nei casi di considerevole perdita di sostanza ossea, possono in qualche caso venire preparati in precedenza, ma generalmente necessitano modificazioni per essere ridotti alle proporzioni volute, o devono venire espressamente costruiti; possono perciò venire applicati solamente dall'odontoiatra che risiede in ospedali territoriali e che è aiutato da un odontotecnico, mentre l'odontoiatra dei posti di medicazione reggimentale, degli ospedali da campo, delle navi da guerra e delle navi ospedale può prestare ai feriti molto efficacemente le prime cure, attenuarne le sofferenze immediate e curare che non avvengano spostamenti considerevoli delle mascelle, facendo conservare i denti in combaciamento normale o mantenendoveli con mezzi meccanici dopo di avere estratto quelli che giudica di non poter conservare.

L'importanza degli apparecchi di prostesi mascellare si comprenderà facilmente ove si considerino le dolorose conseguenze della perdita di una porzione di osso mascellare e specialmente della mandibola, dopo la guarigione delle ferite, quando non si applica l'apparecchio di prostesi.

Il viso del paziente è deformato, tanto maggiormente, quanto più considerevole è la porzione di osso mancante; la masticazione è ostacolata, difettosa o assolutamente abolita; la deglutizione è difficile, la fonazione diventa poco intelligibile, la saliva, nella maggior parte dei casi, non può essere trattenuta nella cavità orale e fluisce all'esterno dalle commessure labiali sul collo e sul petto. A tutti questi gravissimi inconvenienti rimedia l'odontoiatra con la protesi mascellare, i cui apparecchi, che ora si costruiscono con metodi semplicissimi, vengono adoperati dai pazienti come una comune dentiera (1).

(1) A. CHIAVARO. *Apparecchio d'immobilizzazione nella frattura del corpo della mandibola.* Pag. 22, con 6 figure. Napoli, 1912.

(1) A. CHIAVARO. *Cisti paradentarie e protesi delle ossa mascellari.* Pag. 459, con 59 figure. Napoli, 1905.

ID. *Sui risultati lontani della resezio-disarticolazione della mascella inferiore seguita da prostesi mandibolare.* Boll. della R. Accademia medica di Roma, anno XXXVII, fasc. IV e V. Pag. 10, con 4 figure. Roma, 1911.

ID. in collaborazione col prof. R. ALESSANDRI.

Anche la prostesi del naso, del padiglione dell'orecchio e della lingua viene costruita dall'odontoiatra, dando la possibilità ai mutilati di questi organi di riprendere il loro posto nella società. È di competenza dell'odontoiatra anche la prostesi di altre parti della faccia e di porzioni ossee asportate. Sull'osso artificiale costruito dall'odontoiatra il chirurgo esegue poi l'operazione di plastica.

PROGETTO DI ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO ODONTOIATRICO NELL'ESERCITO E NELLA MARINA.

In Italia abbiamo circa trecento medici-dentisti e settecento chirurgi-dentisti, oltre ad un numero imprecisato, forse sei o settecento, meccanici-dentisti (odontotecnici). Sono dunque circa un migliaio i professionisti legalmente esercenti l'odontoiatria in Italia e parecchie centinaia i meccanici che si occupano esclusivamente della costruzione di apparecchi di prostesi dentaria.

Forse un terzo di questi professionisti e odontotecnici è soggetto al servizio militare; alcuni, in servizio attivo o richiamati, vestono già l'uniforme; altri verranno richiamati in seguito per prestare il loro servizio come soldati semplici, graduati o ufficiali. Molti medici-chirurgi-dentisti saranno richiamati semplicemente come medici militari, pur avendo esercitato medicina soltanto per qualche anno all'inizio della loro carriera professionale, o non avendola mai esercitata. Tutti i chirurgi-dentisti e tutti gli odontotecnici, nel presente stato di organizzazione, dovranno prestare semplicemente il servizio delle armi o verranno forse adibiti come infermieri.

Le nazioni belligeranti hanno dovuto istituire o ampliare il servizio odontoiatrico, ammaestrate dalla necessità, ed anche l'Italia, essendo ora intervenuta nel conflitto europeo, dovrà provvedere al più presto all'organizzazione del servizio odontoiatrico, che, come ho cercato di dimostrare, rappresenta uno dei più urgenti bisogni della nostra armata.

Calcolando che circa un terzo degli odontoiatri sia soggetto al servizio militare, si avrebbero circa cento medici-chirurgi-dentisti e circa duecento e forse più chirurgi-dentisti. Gli odontotecnici possono essere in numero anche maggiore di trecento, prevalendo fra essi l'elemento giovane.

È certo inoltre che molti medici-dentisti e chirurgi-dentisti, non soggetti al servizio militare, si arruolerebbero con piacere se sapessere di poter prestare efficacemente l'opera loro esercitando la propria professione, mentre si sentono certamente inadatti come medici-chirurgi e pel maneggio delle armi.

Si potrebbe così contare su un buon numero di professionisti volenterosi e l'ufficiale medico, che non avrebbe più ad occuparsi delle malattie dentali e di gran parte delle ferite della faccia, potrebbe anch'egli disimpegnare con maggiore efficacia l'opera sua.

So che la Federazione Stomatologica Italiana ha offerto alla Direzione generale di Sanità militare l'opera dei propri soci pel servizio odontoiatrico dell'esercito in tempo di guerra, a somiglianza di quanto si è fatto nelle altre nazioni belligeranti, e che ha diramato una circolare a tutti i soci, invitandoli a dichiarare quali obblighi militari essi abbiano, se sono iscritti alla Croce Rossa e se son disposti a prestare l'opera loro come odontoiatri dell'esercito. Ho appreso con vivo piacere la notizia della nobile iniziativa della Federazione Stomatologica, che corrisponde perfettamente al mio desiderio e alle mie speranze, espresse da tempo anche a parecchi colleghi, e confido che nel progetto di organizzazione che la Direzione di sanità militare sta elaborando (1) non siano compresi sol-

*Resezione e prostesi mandibolare*. Boll. della R. Accademia medica di Roma, anno XXXVII, fasc. I-IV. Pag. 22, con 13 figure. Roma, 1911.
ID. in collaborazione col prof. R. ALESSANDRI. *Resezione di tre quarti della mandibola per via orale e nuovo metodo di prostesi mandibolare definitiva*. Il Policlinico, Sez. chirurgica, volume XX. Pag. 16, con 11 figure. Roma, 1913.

(1) Il presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Roma ha diramato la seguente circolare:

Roma, 25 giugno 1915.

*Egregio collega,*

L'Ispettorato di sanità militare indirizza a questa Presidenza il seguente telegramma:
« N. 4705 R. S. — Quest'Ispettorato si rivolge « al patriottico interessamento della S. V. Ill.ma « perchè voglia interpellare i liberi docenti (ed « in mancanza i liberi esercenti) inscritti a co« desto Ordine, ritenuti eminenti chirurghi od « esperti radiologi o stomatologi provetti, per « conoscere se accettano di far parte dei costi« tuendi gruppi chirurgici alla dipendenza delle « Direzioni di sanità di Corpo d'armata mobili« tate, con assimilazione di grado e corrispon« denti indennità. Essi gruppi sono costituiti « con l'intendimento che siano inviati ove oc« corre l'opera intensiva per ardui interventi, « per protesi provvisorie, per prime cure a fe« riti gravi non trasportabili. Attendesi risposta « con cortese sollecitudine, e si aggiunge che « saranno sostituiti, nelle eventuali loro asse« gnazioni di servizio territoriale, quei colleghi « che saranno per essere segnalati come accet« tanti. — Il tenente generale medico, ispettore « capo interinale: f.to C. SFORZA ».
Mi affretto a comunicarLe quanto sopra nella

tanto i medici-chirurgi-dentisti, ma anche i chirurgi-dentisti ed i meccanici-dentisti, i quali tutti presterebbero volenterosamente l'opera loro. In questo modo si potrebbe avere un Corpo sanitario odontoiatrico di circa 600 e forse più individui, mentre se esso dovesse esser composto di soli odontoiatri laureati in medicina risulterebbe insufficiente, sia pel numero dei componenti, come per il lavoro, che questi potrebbero produrre.

Salvo le considerazioni d'indole tecnica, che soltanto la Direzione di sanità militare è competente a risolvere, io penso che il servizio odontoiatrico dell'esercito per poter riuscire di attuabilità ed utilità pratica, dovrebbe venire organizzato nel modo seguente.

Un odontoiatra, col grado di ufficiale, con due odontotecnici alla sua dipendenza, dovrebbe trovarsi in ogni posto di medicazione reggimentale e possibilmente su ogni grande nave da guerra. Durante i combattimenti questo personale coadiuverebbe il personale sanitario, occupandosi specialmente dei feriti alla faccia, per prepararli in modo conveniente riguardo alla futura applicazione di apparecchi per la cura di fratture delle ossa mascellari e di apparecchi di prostesi mascellare. Nei periodi di tregua l'odontoiatra, coadiuvato dagli odontotecnici, presterebbe alla truppa ed agli ufficiali le cure odontoiatriche necessarie.

La cassetta da odontoiatria dell'esercito, completata da qualche altro strumento e materiale odontoiatrico, che lo stesso odontoiatra potrebbe procurare, costituirebbe il materiale e strumentario strettamente necessari per questi posti.

Un medico-chirurgo-dentista, due chirurgi-dentisti e tre meccanici-dentisti dovrebbero venire assegnati in ogni ospedale da campo o in un locale ad esso vicino e in ogni nave ospedale. Questo personale dovrebbe avere a propria disposizione almeno tre locali: uno con un certo numero di letti; uno fornito di una sedia dentaria semplice, di un trapano e dei necessari strumenti per le medicazioni, estrazioni ed otturazioni dei denti; il terzo adibito ad uso di laboratorio di odontotecnica, col solo macchinario strettamente necessario per l'adattamento di apparecchi d'immobilizzazione per cura di fratture e di apparecchi di prostesi mascellare e per la riparazione e costruzione di apparecchi di prostesi dentaria amovibili.

fiducia che Ella voglia aderire all'invito che, per mio mezzo, Le viene rivolto, e Le sarò grato se vorrà darmene cortese sollecita conferma.
Con distinta osservanza

Il presidente: dott. E. BALLERINI.

Si potrebbero ivi in questo modo curare i feriti gravi, che il loro stato generale non permette di trasportare negli ospedali territoriali, e quelli con fratture delle mascelle, che possono guarire in breve tempo e venire in seguito rimandati sul fronte.

Gli ufficiali e la truppa potrebbero inoltre recarsi facilmente negli ospedali da campo mediante i treni ed automobili sanitari per ricevervi tutte le cure dentarie di cui potrebbero aver bisogno.

Se il personale di questi ospedali avesse a sua disposizione anche un'automobile potrebbe forse cumulare anche il servizio dei posti di medicazione reggimentale, ove non si disponesse del personale sufficiente per provvedervi diversamente. Infatti, potendo il personale dividersi, nei periodi che intercorrono fra l'arrivo dei treni trasportanti i feriti, un odontoiatra ed un meccanico dentista potrebbero recarsi con l'automobile in tali posti ed anche in punti più vicini al fronte per prestare ai soldati ed ufficiali le cure dentarie più urgenti, prendere impronte, riportare ed applicare apparecchi di prostesi dentaria, riparati o costruiti nell'ospedale odontoiatrico da campo.

Il servizio odontoiatrico dei posti di medicazione reggimentale e degli ospedali da campo dovrebbe dipendere direttamente dalla Direzione odontoiatrica stabilita negli ospedali territoriali, in locali annessi o vicini ai principali ospedali militari, dove ufficiali e soldati vengono trasportati dopo aver ricevuto negli ospedali da campo le prime e più urgenti cure. Ugualmente il personale odontoiatrico delle navi da guerra e delle navi ospedale, dipenderebbe dalla Direzione odontoiatrica stabilita negli ospedali navali territoriali.

In ciascuno di questi ospedali odontoiatrici territoriali dovrebbero essere messi a disposizione dell'odontoiatra-capo almeno cinquanta letti. Un medico-chirurgo, di pari grado dell'odontoiatra-capo, dovrebbe occuparsi della cura chirurgica dei feriti, e due altri medici-dentisti, tre chirurgi-dentisti ed un numero adeguato di meccanici-dentisti dovrebbero trovarsi alle dipendenze dell'odontoiatra-capo per la costruzione e l'applicazione degli apparecchi d'immobilizzazione e di prostesi delle mascelle. Se il numero degli odontoiatri, per obbligo o volenterosamente addetti al servizio militare, risultasse insufficiente, il Comando di Sanità militare, valendosi de' suoi poteri, potrebbe destinare agli ospedali odontoiatrici territoriali specialisti civili non soggetti al servizio militare e non arruolati, con assimilazione di grado. L'odontoiatra-capo preposto alla direzione dell'ospedale odontoiatrico più importan-

te assumerebbe la direzione generale del servizio odontoiatrico, regolando la distribuzione dei feriti, la spedizione del materiale odontoiatrico e degli apparecchi necessari e la destinazione del personale odontoiatrico. Tutto il servizio però sarebbe in dipendenza e si svolgerebbe in connessione col servizio generale di sanità miliarte, seguendo le direttive e gli ordini stabiliti dalla Direzione generale di sanità.

L'organizzazione di questo servizio non costituirebbe un grande aggravio pel bilancio del Ministero della guerra, dovendosi naturalmente escludere tutte le spese che non sono di assoluta necessità; il buon volere ed il patriottismo di tutti gli esercenti italiani di odontoiatria contribuirebbe certamente a diminuire questo aggravio, perchè ciascuno si presterebbe nel miglior modo, anche materialmente, per la buona riuscita del progetto.

L'effettuazione di questo servizio di guerra faciliterebbe in seguito l'istituzione di un servizio odontoiatrico per l'esercito e la marina anche in tempo di pace, perchè se ne riconoscerebbe ora l'utilità e la necessità.

Sapendo come la Direzione generale di sanità militare e navale sia affidata a persone, che del compimento del proprio dovere fanno una vera missione e che tutelano con tutti i mezzi suggeriti dalla scienza moderna la salute del soldato, fattore principale dell'efficienza e della potenzialità di un esercito, giova sperare che l'organizzazione invocata da tutti gli odontoiatri italiani ed approvata certamente da quanti hanno interesse a sapere il nostro esercito nelle migliori condizioni di resistenza, sarà presto un fatto compiuto.

Roma, 29 giugno 1915.

## LA RADIOLOGIA IN GUERRA.

### L'apparecchio portatile radiologico della Sanità Militare. — Caratteristiche della sua potenzialità

per il prof. MARIO SERENA, doc. di terapia fisica.

L'apparecchio nel suo insieme è a tutti ben noto e quindi ogni descrizione è superflua: la sua caratteristica è che l'energia elettrica viene prodotta da una dinamo azionata a mano; mi interessa invece far notare che i giudizî sulla sua potenzialità sono sempre stati varî, forse non ultima ragione è il fatto che la Casa stessa costruttrice non vi ha unito nessun istrumento di misura, nè ha indicato dei dati, sia pure vaghi, sulla velocità dell'azionamento, sul tempo di posa, sull'amperaggio, sulla tensione al



primario, ecc. Delle ricerche accurate in questo senso non mi consta siano state fatte nemmeno dai radiologi.

L'ultimo giudizio su di esso è quello del professor Ghilarducci (*Il Policlinico*, n. 27, 1915) che avendolo definito « ottimo per gli usi correnti della radiologia in guerra » osserva che « non è adatto per le diagnosi più esatte e delicate che richiedono interventi operativi gravi » il che in altri termini significa che non è adatto per indagini radioscopiche importanti come localizzazioni di proiettili profondamente situati, esami di parti profonde, ecc. A mio giudizio però semb[illegible] che la parte principale nell'uso corrente de[illegible] radiologia di guerra siano appunto tali ric[illegible]he che in genere non possono essere suppl[illegible] dall'esame obbiettivo comune del ferito.

La conclusione a cui viene il Ghilarducci è dunque la necessità di automobili radiologiche. Siamo d'accordo in questo: che ogni radiologo desidera il meglio; ma di automobili radiologici la Sanità Militare non ne ha e il procurarsele richiede tempo. Ci saranno forse domani, ma non ci sono oggi: vediamo allora se non potendo avere il meglio oggi possiamo almeno procurarci il buono.

Per questo mi sono messo a considerare un po' da vicino l'apparecchio della Sanità Militare senza avere nessuna tenerezza preventiva per esso, giungendo a conclusioni che mi pare possano interessare i numerosi Colleghi che sono nell'occasione di adoperarlo.

Premetto che non mi occupo degli accessori aggiuntivi dalla Ditta fornitrice: è chiaro che per radioscopie altri ne occorrono: mi fermo solo al generatore della corrente di alta tensione che è ciò che costituisce veramente l'apparecchio.

Inserendo un tubo Gundelach di 20 cm. di diametro ed essendo girata per parecchi secondi rapidamente la manovella da *un solo* uomo, in ragione di due giri per secondo, la dinamo fa circa 30 giri al secondo, l'ampolla dà raggi corrispondenti a 5 W di durezza, il milliamperometro marca 1.8 milliampère e al primario riscontriamo 4 ampère e 80 volts.

È chiaro che se questo è il risultato *sia pure per breve tempo* ottenuto dal movimento a mano di una sola persona, cioè di 320 Watt, due persone ne ricaveranno *almeno* un risultato maggiore del 50 %, e ci avviciniamo già ai 500 Watt rimanendo sempre nel caso pratico di movimento a mano.

Chi ci impedisce di avere la dinamo che funzioni con un prelevamento anche maggiore e sopratutto costante, se raccordiamo l'asse della

dinamo all'asse del motore di un'automobile o di una motocicletta?

I fili degli avvolgimenti che vanno ad ogni lamella del collettore hanno circa un mmq. di superficie di sezione e sono due, il che significa sopportare con un margine larghissimo 6 ampère; lasciamo che il margine di sicurezza non sia così largo, ma per 1/2 ora 8 ampère saranno sopportate comodamente come succede in qualsiasi conduttore simile, dunque 8 ampère con un voltaggio che possiamo tenere a 80 ci danno 640 Watt.

Ne abbiamo d'avanzo per qualsiasi radioscopia! Del resto nessuna radioscopia si prolunga oltre 10 minuti.

C'è timore che i fili dell'avvolgimento non abbiamo un isolamento sufficiente? e che arrivando il voltaggio a 100 o 110 possano non tenere tale potenziale? bisognerebbe ammettere che la Ditta costruttrice non abbia adoperato il filo di rame isolato che usa in tutti gli avvolgimenti di dinamo e motori analoghi, e abbia adoperato del filo isolato meno bene del solito, giusto per la dinamo dell'apparecchio della Sanità Militare, cosa che non sono inclinato a credere.

Il pericolo delle bruciature nelle dinamo in genere dipende dalle estracorrenti che si formano per le interruzioni, ed a guardia di esse è sufficiente di inserire due piccoli e semplicissimi condensatori fra la dinamo e l'interruttore, — buona regola — osservata da poche case costruttrici.

Il raccordo poi della dinamo coll'asse del motore è un problema della più elementare meccanica: anche nei motori «monoblock» vi è sempre un punto dell'asse in cui si può applicare una puleggia autocentrante coi sistemi di applicazione del freno Prony. L'uso di più gole nelle puleggie di trasmissione permette anche di scegliere la velocità che si vuol dare alla dinamo.

Può rimanere ancora una obbiezione: che la dinamo così come è raccolta e difesa non possa rapidamente disperdere il calore: dirò che in un quarto d'ora o mezz'ora di funzionamento non è un eccessivo riscaldamento verosimile per la capacità termica delle masse metalliche; ad ogni modo è facile procurarle maggior dispersione di calore aprendo lo sportello laterale della cassetta di legno che la racchiude.

È in base a tutte le considerazioni suddette che concludo sulla possibilità di potere azionare con un motore a scoppio l'apparecchio radiologico della Sanità Militare ottenendone un prelevamento che taluno può trovare esagerato, ma che tuttavia è attuabile.

D'altra parte i raccordi necessarî sono di costruzione tanto facile che anche in piccole officine del Genio, da campo, possono essere perfettamente eseguiti. Si realizza in tal modo con una piccola dinamo (1) un apparecchio generatore di raggi X di cui ogni radiologo può essere soddisfatto, e che in riguardo alla quantità di energia che può fornire fu fino ad oggi inadeguatamente apprezzato.

## Sul servizio röntgenologico nell'esercito in guerra.

(Prof. F. P. SGOBBO, *Giorn. intern. d. Scienze Mediche*, 15 maggio 1915).

Riportiamo da questo articolo quanto concerne l'apparecchio del gen. medico Ferrero di Cavallerleone e le considerazioni generali.

Il Ferrero di Cavallerleone, attuale Ispettore Capo di Sanità Militare in Italia, al Congresso Internazionale di Medicina in Londra nell'agosto del 1913 comunicò su: *La radiografia in guerra. Apparecchio radiografico e trasportabile — tipo militare — modello Ferrero di Cavallerleone.*

Dopo di aver ricordato l'importanza della radioscopia e radiografia nella chirurgia di guerra, tanto da riconoscere l'opportunità di dotarne le unità sanitarie in campagna, tratta due quistioni: dove può trovare la sua utile applicazione l'apparecchio radiografico in campagna, e quale è il migliore apparecchio radiografico per la campagna.

Afferma che per le molteplici difficoltà che presentano in guerra gli apparecchi radiografici, specialmente per il loro maneggio, trasporto e per la sorgente elettrica, venne ritenuto che l'uso di essi si debba limitare agli ospedali, o soltanto agli ospedali di sgombero. Gli apparecchi radiografici perciò dovrebbero darsi in dotazione ai depositi avanzati di materiale sanitario per mandarli, secondo le circostanze, agli ospedali, quando questi vengono impiantati stabilmente, e funzionano quasi come ospedali fissi.

Egli fin dal 1898 pensò di rendere l'apparecchio radiografico indipendente da pile, da accumulatori e da motori speciali a benzina ed a petrolio, facilmente trasportabile a mulo anche in montagna, e funzionante con dinamo eccitata da un motore azionato da due robuste manovelle a lungo braccio, girate ritmicamente da due soldati portaferiti.

(1) Il fatto che una dinamo sia piccola non significa che forzatamente debba fornire poca energia: certe dinamo p. e.: costruite sul tipo Soulier, hanno la grandezza di quelle dell'apparecchio in parola dando 30 e più Ampère a 75 Volts.

Questo apparecchio più tardi fu costruito e venne adottato dall'Esercito Italiano.

L'apparecchio venne già usato nella campagna Italo-Turca e dalla Croce rossa Italiana nel Montenegro durante la guerra balcanica.

Esso, completo, è contenuto in 4 casse, someggiabili su due muli, oltre 2 cassette per gli accessorii fotografici. Viene dato in dotazione ai depositi avanzati di materiale sanitario, dai quali è mandato agli ospedali da campo man mano che essi s'impiantano, agli ospedali someggiati o in altri luoghi di cura che ne facciano richiesta, così che, essendo someggiabile, può essere portato al seguito delle truppe anche nelle zone montuose.

È dato anche in dotazione agli ospedali territoriali, ove può venire azionato anche dalla corrente stradale, sostituendo l'interruttore a mercurio con quello Wehnelt.

***

Non è qui il caso di ricordare, perchè troppo nota, la grande importanza che hanno assunto per molte ricerche i raggi X nel campo medico. Oggi in svariate lesioni il chirurgo specialmente non può o non deve intervenire se prima, avendone l'opportunità, non abbia ottenuta la prova radiografica o l'esame radioscopico della parte da sottoporsi all'atto operativo.

Come si sa la radioscopia e la radiografia, talora insieme, talora da sole, ed in prevalenza la radiografia, secondo la località in esame, ci mettono in grado di rendere visibili organi interni, di studiarne la sede, conformazione, integrità, i loro rapporti e non poche volte anche la funzione, di osservare anche se vi sono visibili corpi estranei, la loro forma o deformazione e la loro sede e se hanno lesi nel loro decorso alcuni organi e tessuti visibili ai raggi X, ecc.

Nel caso speciale di lesioni determinate in guerra da un mezzo qualsiasi, l'esame röntgenologico si limita alla ricerca del corpo estraneo fissandone pure la sede e la forma, ed a stabilire le varie lesioni ossee, articolari e di qualche organo, visibili direttamente o indirettamente ai raggi X.

Tutti questi reperti presi insieme vengono facilmente forniti da un rocchetto intensivo, capace di ricevere anche intensità molto alte e di dare nell'ampolla, piuttosto voluminosa, una corrente ad altissimo potenziale, e, relativamente ai comuni apparecchi, di notevole intensità. In tal modo questa ampolla renderà, secondo l'A., una considerevole quantità di raggi X.

Con questo trasformatore e con adatte ampolle noi avremo un funzionamento secondo i vari scopi: per ricerche radioscopiche, o per ricerche radiografiche a posa lenta, rapida, ovvero istantanea anche per frazione di secondo, e servendoci opportunamente del quadro di rinforzo.

***

In tesi generale ritiene l'A. che *gli apparecchi radiologici rispondono utilmente in guerra unicamente dove i feriti possono essere operati delle lesioni per le quali serve la radiografia*, e quindi *in quei posti ove trovasi il corredo necessario per eseguire tale operazione chirurgica.*

Nell'ordinamento del nostro servizio sanitario in guerra certamente è stabilito, salvo speciali eccezioni, ove si debbono eseguire le diverse operazioni e fra queste le grandi operazioni per le quali a preferenza si richiede lo aiuto radiografico. Questi posti, a nostro modo di vedere, possono essere raramente la sezione di sanità, molte volte l'ospedale da campo, ed ordinariamente l'ospedale militare territoriale.

Un eccezionale posto di ricerca radiologica potrebbe essere indicato unicamente dalle condizioni speciali del ferito e quindi dalla più o meno difficoltà nel trasporto.

Ne consegue che la *radiografia deve farsi nel sito ove il ferito può e deve operarsi.*

Si comprende facilmente come sarebbe fuori proposito e non proficuo far la radiografia in altra sede dal luogo di operazione: se così fosse, tale sede non potrebbe essere che nei posti sanitarii più vicini alle linee di fuoco.

Una tale radiografia, che poi accompagna il ferito in altra località lontana, sede di operazione, potrebbe più tardi non essere la fedele fotografia della parte, giacchè nel trasporto del ferito, trattandosi p. es. di proiettile, questo potrebbe spotarsi, ovvero, trattandosi di frattura, gli estremi ossei di essa potrebbero modificarsi nei loro rapporti.

Ritiene poi l'A. che in campagna di quasi nessuna utilità è la röntgenoscopia in qualunque posto si voglia fare, e specialmente nei posti sanitari avanzati; giacchè nei feriti, pei quali si chiede l'esame röntgenoscopico, è sempre da preferirsi, per la utilità della ricerca, la radiografia, anche perchè il chirurgo si troverebbe di dover operare sulle indicazioni orali o scritte che vengono date dal radiologo.

La ricerca radiologica si richiede nei casi nei quali il chirurgo ne sente il bisogno: solamente per questi feriti riesce utile la radiografia.

Da tutte queste considerazioni consegue che il servizio radiologico in guerra ha bisogno di apparecchi *mobili* e *fissi*: *mobili*, e quindi trasportabili, per l'ospedale da campo e forse ec-

cezionalmente per le sezioni di sanità; *fissi*, e con apparecchi fissi, per gli ospedali territoriali.

Nella nostra uscita in guerra *tutti gli ospedali militari territoriali, senza eccezione, dovrebbero essere provvisti dell'apparecchio radiologico e del corredo necessario*. Tale apparecchio è quello così detto fisso, e quindi potente o abbastanza potente, e che nel minor tempo possibile (sempre a secondi e frazione di secondo) dia sicuramente la radiografia di una parte qualunque del corpo.

Non è, aggiunge l'A., il caso di polemizzare e constatare se tutti gli ospedali militari territoriali abbiano tale indispensabile apparecchio, e, pur avendolo, risponde utilmente; per noi gli ospedali militari territoriali debbono avere un apparecchio che veramente risponda allo scopo, cioè sia adatto a poter dare tutte le radiografie, che l'ampolla sia capace di dare notevole quantità di raggi X, e che la posa sia a secondi o frazione di secondo.

Si comprende facilmente come un apparecchio poco adatto non affida per la ricerca radiografica, apporta perdita di tempo, richiede una posa prolungata, anche di alcuni minuti primi, per certe regioni come il capo, l'addome, la colonna vertebrale, ecc., senza dare la sicurezza della riuscita radiografica, aumentando le sofferenze del povero ferito, che deve rimanere immobile oltre l'ordinario.

Comprendiamo che per il servizio ospedaliero territoriale in caso di guerra sono reclutati i grandi ospedali civili, le cliniche universitarie, gl'istituti universitarii di radiologia, i quali tutti sono provvisti di buoni e moderni apparecchi di radiologia; ma un tale servizio sussidiario non esclude l'obbligo di provvedere, e ben provvedere, gli ospedali militari territoriali.

Il servizio radiologico *mobile*, che, a nostro modo, è fatto principalmente per l'ospedale da campo e talora per la sezione di sanità, deve avere col suo corredo necessario un apparecchio trasportabile, di un rendimento tale da dare una sicura radiografia di qualunque parte del corpo.

In queste località possono rispondere utilmente e sempre gli apparecchi radiologici trasportabili, la cui dinamo è azionata a mano? Non pare.

Il rendimento di questi apparecchi è poco. Si sono avute e potremo avere qualunque radiografia, ma talora — e sempre con lunga posa — per ottenere una netta e necessaria radiografia bisogna ripeterla.

Ingombrante e di relativa utilità sarebbe la dinamo, così detta a maneggio, azionata da uno o due cavalli; di buon rendimento, per quanto ingombrante, poco pratica e di non sollecito montaggio e funzionamento, sarebbe la dinamo azionata da motore a petrolio e benzina; poco pratico è l'uso degli accumulatori, i quali oltre il gran peso possono deteriorarsi nel trasporto ed hanno bisogno per ricaricarsi o di una dinamo o della corrente stradale; utile, di buon rendimento, e molto pratico sarebbe invece riunire la dinamo al motore di un'automobile la quale, come vedremo, dovrebbe essere la vettura radiologica.

In ogni modo, secondo noi, il buon funzionamento dell'apparecchio radiologico trasportabile può essere dato dagli accumulatori o principalmente da una buona dinamo azionata dal motore di una vettura automobile; in tal modo si ha un sufficiente potenziale ed amperaggio.

Ma insieme all'apparecchio radiologico ed al corredo necessario per avere, in tempo di guerra, la radiografia, svilupparla, ecc., è necessario provvedere *al trasporto ed al facile e sollecito spostamento di tutto il materiale radiologico di una località vicina, o lontana.*

Ed anche qui il mezzo di trasporto studiato è triplice: con *muli da soma*, con *vettura trainata da muli* o *cavalli*, o con *automobile*.

Non vi può essere alcun dubbio che il mezzo migliore di trasporto, se non l'unico, sia l'automobile, la quale, oltre a sopportare un carico superiore agli altri due mezzi, compie un servizio rapido, portandosi da un punto all'altro anche molto lontani fra loro.

Il campo di battaglia moderno ha un'estensione immensa, per cui tale servizio non può essere affidato che ad un veicolo rapido.

Ognuno comprende come pochissima utilità possa rendere la vettura trainata da cavalli, o il trasporto con muli da soma.

Stante le larghe reti stradali che abbiamo, e le sedi che, riteniamo, vengono prescelte per gli ospedali da campo e per la maggior parte delle sezioni di sanità, i quali anche in luoghi montuosi sono piazzati in siti facilmente praticabili per il trasporto dei feriti, non troviamo giustificato, in tutti i casi, il trasporto del materiale radiologico con animali da soma, trasporto che, forse, potrebbe esser fatto eccezionalmente in qualche località poco o non accessibile all'automobile.

Ma d'altra parte, dato pure che in tale sito montuoso e poco accessibile si faccia la radiografia, si trova nella medesima località il posto adatto ed arredato per l'operazione che *ha richiesta la radiografia?*

Mancando questo posto sanitario, non vi sarebbe ragione di trasportare in tale località l'apparecchio radiologico.

Oltre al corredo radiologico necessario ed al mezzo proficuo e sollecito di trasportarlo, *è di massima ed indispensabile necessità un personale militare adatto,* che chiameremmo meglio *tecnico.*

*L'ufficiale medico deve saper conoscere ed aver pratica di far funzionare gli apparecchi, saper fare e ben fare la radiografia, e poi leggere per gli opportuni consigli al chirurgo operatore.*

A nulla valgono anche ottimi apparecchi radiologici nelle mani di un medicó poco esperto.

Gli errori che si possono commettere nel fare una radiografia sono molti, errori che vanno tutti a danno del povero ferito.

Bisogna saper piazzare la lastra fotografica e stabilire i rapporti di questa con la regione che si vuole esplorare e con l'ampolla; scegliere la distanza di questa dalla lastra, centrare bene l'ampolla e darle la necessaria inclinazione per non deformare gli organi, il corpo estraneo e non alterare la sede della lesione; conoscere il tempo di posa; sapere se sia necessario un'altra radiografia in altra posa; conoscere il modo di sviluppare la lastra, e poi *saperla leggere* non solo per ricercare il corpo estraneo e gli organi lesi, ma stabilire la sede di esso e il punto ove gli organi sono lesi, ecc.

Tutto ciò si fa a base di competenza e di pratica alquanto lunga.

Ognuno comprende l'immenso danno che si porta al ferito con una radiografia mal fatta, e con la lettura radiografica non esatta e precisa. Il chirurgo opera sopra una guida sbagliata, e non fa che aumentare le sofferenze senza alcuna utilità, e forse determinare la morte del ferito.

Se necessario è l'ufficiale medico radiologo, necessario è pure *un personale subalterno,* il quale sappia come è distribuito nella vettura radiologica il corredo radiologico, come si deve preparare pel funzionamento, sappia far funzionare gli apparecchi e curarne la manutenzione, conosca come preparare i varî liquidi di sviluppo e sviluppare le lastre radiografiche, ecc.

Mancando di personale adatto, vi è perdita di tempo, e generalmente si viene ad alterare e distruggere la negativa.

---

Il fascicolo di luglio della nostra sezione chirurgica contiene i seguenti lavori:





# OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI PIACENZA.

## Appunti di chirurgia uretrale

del dott. LUIGI GAROVI, chirurgo primario.

Il chirurgo provetto in seguito alla osservazione e allo esperimento si è fatto un concetto adeguato delle tediose difficoltà, delle lunghe e diligenti fatiche, cui implica spesso la riparazione di perdite di sostanza dell'uretra, e tanto più la ricostituzione totale del canale uretrale. Anche in questo capitolo della chirurgia riparatrice la grande abbondanza dei processi operativi escogitati è in ragione diretta della incertezza e della scarsità del successo. Acquista pertanto un certo valore pratico ogni contributo alla chirurgia uretroplastica; nè a tale riguardo è trascurabile una casistica, qualsiasi per numero, non umile per risultato. Giacchè in quest'ultimo quadriennio il Riparto da me diretto in questo Istituto mi ha offerto tre casi importanti e fortunati di chirurgia uretrale, credo bene farne argomento di comunicazione.

I. — (*Uretro-stenosi traumatico-cicatriziale*). L... P..., di anni 60, contadino, di Lugagnano, non ha precedenti personali nè gentilizi degni di nota. Nel maggio del 1912 veniva aggredito in aperta campagna a scopo di rapina da un malvivente che infestava la Valle d'Arda, il quale, atterratolo, per ridurlo meglio all'impotenza gli vibrava un calcio colpendolo nella regione perineale. Soccorso poco dopo dai familiari in istato presso il deliquio fu portato a letto, e riavutosi più tardi dallo sbigottimento lamentò subito acuti dolori alla parte lesa, vide gemere sangue dall'orificio uretrale e fu colto da febbre. La emissione dell'orina diventò difficile; agli sforzi della minzione accompagnavansi dolori cocenti; le orine erano sanguinolente. Infine andò manifestandosi progressiva tumefazione perineale, delineandosi tutta la sindrome della lacerazione sotto-cutanea dell'uretra. Per più di due mesi il paziente fu obbligato a letto, e trascorso questo periodo, mentre miglioravano gli altri sintomi morbosi, la disuria si accentuava: al curante non riuscì di praticare il cateterismo neppure con siringhe di piccolo calibro.

Fu inviato l'infermo a questo Ospedale per le opportune cure il 25 gennaio 1913. La minzione si effettua stentatamente a filo sottilissimo. Esplorata l'uretra si rileva che soltanto una minugia, e a mala pena, può attraversarla. Alla regione perineale si palpa per un certo tratto sotto la cute, lievemente doloroso alla pressione, un cordone duro sinuoso modicamente fisso, corrispondente all'uretra membranosa. Ovvia la diagnosi di uretro-stenosi traumatico-cicatriziale. Data la estensione del tessuto sclerotico era evidente la inopportunità di una uretrotomia interna, il cui esito prevedibile a breve scadenza sarebbe stato una recidiva di restringimento con intensificazione di callosità che avrebbe imposta

la necessità perenne di sondaggio dilatante a brevi periodi, coll'andare del tempo forse non sempre scevro di difficoltà e di complicazioni. Fu stabilito pertanto di applicare il processo radicale, ossia la escissione del callo cicatriziale seguìta dalla sutura dei monconi uretrali, già preconizzata nel 1880 dal König e via via perfezionata da altri autori fino al Guyon.

Il 12 febbraio 1913, sotto la cloronarcosi, posto il paziente nella cosidetta posizione del taglio della pietro, colle coscie ben divaricate, incido sul rafe mediano perineale per una lunghezza superiore al restringimento, dopo avere, con una minugia fatta scorrere su e giù a brevi tratti, riconosciuto sotto il dito il lume uretrale al di qua e al di là del restringimento. Scopro in via ottusa l'uretra, rilevando che è di circa tre centimetri il segmento sostituito da denso tessuto cicatriziale. Completato colle forbici l'isolamento uretrale dalle aderenze, reseco la porzione abnorme procurandomi due monconi di uretra normale. Dopo avere applicata un'ansa di filo di seta — i cui capi afferro con klemmer — sul moncone prossimale per non smarrirlo e per poterlo attirare in basso, procedo alla sutura circolare dell'uretra: secondo v. Bramann cucio dapprima con fino catgut la parete anteriore e le laterali, e, dopo avere introdotto un catetere Nélaton, la parete posteriore, dando sempre dei punti sottomucosi. Finisco con sutura a piani della breccia perineale, usando fino catgut profondamente e filo di argento per la cute, oltre a filo di seta sottilissimo per qualche punto intermedio.

Si lascia a dimora il catetere Nélaton. Il decorso postoperativo è normale, e l'esito di prima intenzione. L'uretra viene lasciata libera solo dopo 20 giorni per maggiore garanzia di coalito. Prima di dimettere l'operato dall'Ospedale, verifico il calibro uretrale e lo trovo compatibile con una sonda del n. 30. Il 14 marzo l'operato abbandona l'Istituto perfettamente guarito.

Se questo caso, che trattato metodicamente con relativa facilità viene condotto a guarigione con una certa rapidità, dovesse costituire la regola ordinaria, con veste pur semplice si presenterebbe la chirurgia uretrale. Ma che a ben altre prove essa possa essere chiamata, e come pigramente la sua opera possa venire fecondata dall'opera del tempo, lo dicono i due casi seguenti.

II. — (*Fistola orinaria perineale postuma a estesa lacerazione uretrale*). — A... D..., di anni 30, di Vernasca, bracciante, non conobbe malattie prima dell'attuale. Pieno di vigore, al 20° anno di età venne arruolato nel Corpo dei bersaglieri. Compiuto il servizio militare, si tediò presto della monotona vita campestre e dalla sua natura irrequieta fu sospinto a peregrinare nell'America del Nord sognando fortuna. Nel marzo del 1907 trovavasi in Pensilvania, addetto come sterratore ad una miniera di carbon fossile, quando lavorando nell'interno di una galleria improvvisamente fu travolto da una frana. Narra il paziente di essere rimasto come schiacciato tra il masso staccatosi dalla volta e la parete della galleria, e di essere stato dai compagni di lavoro estratto di fra le macerie quasi privo di sensi. Si ricorda di un dolore lancinante al perineo, della fuoruscita di alcune goccie di sangue dal meato orinario, di penosissimi e inani sforzi per orinare. Trasportato all'ospedale della più vicina città, fu sottoposto in istato di cloro-narcosi a una operazione, che sempre ignorò quale fosse stata, e che più tardi soltanto seppe urgentemente richiesta dal rapido formarsi di una voluminosa tumefazione perineale. Dopo circa tre mesi di riposo assoluto in letto, cominciò ad alzarsi: l'emissione della orina era volontaria ed indolente, ma frequente (circa ogni ora), e l'obbligava ad accoccolarsi perchè avveniva quasi completamente attraverso ad un'apertura perineale residua alla subìta operazione.

Trascorso ancora un mese, le condizioni generali si erano fatte discrete, ma le condizioni locali poco o punto erano variate; ad ogni modo il paziente lasciava l'ospedale. Recatosi in altra residenza per procurarsi qualche nuova occupazione utile, ben presto dopo essersi abbandonato a copiose libazioni fu colto bruscamente da ritenzione di orina, per cui ebbe ricovero in un secondo ospedale. Quivi, ripetutamente tentato invano il sondaggio, si procedette a un nuovo atto operativo, che l'infermo non sa precisare, e fu applicato un catetere a permanenza. Fu dimesso l'operato dopo una quarantina di giorni: si era ristabilito il mitto volontario, ma persisteva la fistola orinaria del perineo coi disturbi ad essa inerenti. Inabilitato a certi lavori manuali, e obbedendo al suo spirito avventuroso, trasmigrò in Inghilterra, e fermatosi a Londra si diede a fare prima il cameriere e poi il merciaio. Tirò innanzi per circa due anni relativamente bene, ma dopo tale periodo di tregua l'urinazione si rifece frequente, difficile, dolorosa e frequenti crisi di anuria reclamarono l'opera di un sanitario. Ad onta di varie cure e di ripetuti cateterismi, le cose andarono sempre più peggiorando, e alla periodica ritenzione subentrò la costante incontinenza di urina. Si fece sensibile il deperimento organico, assoluta la incapacità al lavoro, completa la sfiducia dell'infermo: di qui il suo rimpatrio sui primi del settembre 1910.

Il 10 ottobre il malato entra in questo ospedale. All'esame oggettivo, si osserva che nel perineo, tangenzialmente all'orificio anale si apre una fistola ombellicata del diametro di circa 4 mm. alla quale fa seguito un tramite palpabile — come cordone grosso quanto una penna d'oca — in avanti sotto i comuni tegumenti, che dopo 2 cm. di percorso rettilineo si fa tortuoso, e si confonde tosto con una massa nodosa di consistenza cartilaginea che grado grado aumenta di volume fino a superare la grossezza di una noce, senza sporgere, ma approfondantesi sotto la sinfisi pubica. La pelle del perineo offre orme diverse cicatriziali, tra cui più evidente una linea continua lungo il rafe mediano fiancheggiata da due linee punteggiate parallele — testimoni di una chirurgica incisione suturata —; gode per altro, tranne alla inserzione dello sbocco fistoloso, di una certa scorrevolezza. Nè sonde, nè specilli, rigidi o flessibili, penetrano più oltre del tramite retto suaccennato. Alla esplorazione del canale uretrale, si riconosce l'inattuabilità del cateterismo: nemmeno una minugia può superare l'ostacolo opposto dalla stenosi dell'uretra membranosa. Il paziente ha stillicidio involontario di orina dalla fistola senza avere incontinenza assoluta: durante il mitto, una quantità

trascurabile di orina prende la via naturale e la massima parte fluisce dalla fistola. Le orine presentano reazione neutra, e un lieve sedimento mucoso. L'infermo è quanto fisicamente intristito, altrettanto psichicamente depresso.

Essendo preclusa la via a cure antisettiche dirette endovescicali, bisognò limitare la terapia sintomatica ai soliti espedienti per via interna. Dopo alcune settimane le orine si erano fatte costantemente acide e limpide, e le condizioni generali si erano un po' rialzate. All'intervento operatorio si può tranquillamente procedere, dopo più di un mese di cura aspettante, il 15 novembre 1910.

Prima seduta. — Si praticano, sotto la cloronarcosi, due tagli perineali, uno mediano che si arresta allo sbocco della fistola, l'altro trasverso tra l'orificio della fistola e quello dell'ano. Con delicatezza si esegue la dissezione dalla *portio analis* del cordone che rappresenta l'inizio del tragitto fistoloso. Compiuto il suo isolamento, con trazioni sul medesimo si tende la massa di tessuto sclerotico per meglio orientarsi pel distacco. Le alterazioni postinfiammatorie e cicatriziali oppongono ostacolo alla dissezione per via ottusa e costringono ad un lavoro ad oltranza di bisturi e di forbici. Così in più riprese si riesce per frazionamento ad asportare la vasta callosità, che all'esame istologico veniva poi riconosciuta di natura fibromatosa. Nell'ablazione viene necessariamente sacrificato un segmento di uretra, sclerosata e quasi atresica, di almeno quattro centimetri, che comprende parte dell'uretra spugnosa, tutta la membranosa, parte della prostatica. Con qualche allacciatura vasale, e con irrigazioni di soluzione fisiologica calda è dominata abbastanza l'emorragia. Tenendo deterso il campo, si possono discernere i due monconi uretrali, la cui riunione per mezzo di una sutura appare impossibile. Si ricompone la regione perineale, incominciando a riunire con cucitura semplice il taglio trasverso, e poscia — a ridosso di un catetere introdotto in vescica e destinato a starvi in permanenza — riunendo i lembi longitudinali mediante sutura a due piani, profondamente con sottile catgut, e superficialmente con filo di argento, in modo da affrontare non margini ma superfici, e anche di ridurre al minimo il vano lasciato dalla generosa ablazione.

A seguire tale tecnica fui tratto dai lusinghieri esperimenti fatti in vasta scala sul cane dall'Ingianni, che potè resecare perfino 14 cm. di uretra, e suturando sopra un catetere permanente le parti molli del perineo, ottenere una completa neoformazione dell'uretra. D'altronde anche dalla clinica mi venivano incoraggiamenti: è risaputo infatti come del grande potere rigenerativo dell'uretra — dal lato dei tessuti mucosi e cavernosi, se non dai muscolari — manifesato dai monconi proliferanti e modellantisi sul catetere che fa da substrato, parlino positivamente pure i reperti necroscopici in soggetti che in addietro avevano riportato vaste lacerazioni uretrali (Francke), e ne siano luminosa conferma molti operati del Guyon e dei suoi seguaci.

A mio avviso non era stato fuor di luogo nel mio caso usare un metodo che in tanti casi consimili registrati dalla letteratura medica avevano avuta buona sorte. Ma nel mio operato, dopo un decorso per parecchie settimane in apparenza ottimo, tra il terzo posteriore ed il terzo medio della sutura sagittale, comparve una piccola bozza, che presto si rammollì, e poi si aperse dando esito a un po' di liquame sanguigno, che tradiva un'intima disgregazione. Infatti non tardò un parziale ripristino di lacuna con bocca fistolosa.

Il definitivo risultato incompleto della prima seduta operatoria era in rapporto colla ubicazione e coll'ampiezza iniziale dell'anfrattuosità, col deficiente spessore, e colla limitata attività proliferativa dei lembi affrontati. Il processo naturale riparatore per granulazioni a lentissimi passi andò riducendo in lieve grado la lacuna; ma anche dopo lunghi mesi si rivelò impari a ricolmarla. La perdita di sostanza (presso a poco quanto una mezza avellana) che rimane stazionaria, si presenta come un cavo grossolanamente emi-sferoidale, torpidamente granuleggiante, nel cui fondo mostrasi a nudo per mm. 15 il catetere a dimora, e nella cui volta apresi un occhiello cutaneo elittico, che misura mm. 10 pel lungo e mm. 3 pel traverso.

Da tempo un secondo intervento a epoca opportuna più o meno lontana subordinatamente allo stato delle parti, era previsto come imprescindibile, e quale indicazione razionale si offriva un'autoplastia per scorrimento dei lembi, con incisioni liberatrici. E questo se non come sicuro mezzo immediato di completa riparazione uretroperineale, almeno come base preparatoria, o abbozzo plastico gradatamente integrabile dal lavorio di buone granulazioni. Ma il momento ineccepibile per rioperare il paziente si fece attendere fino al 10 maggio 1911.

Seconda seduta. — Anzitutto abrado cautamente con cucchiaio Volkmann le granulazioni floscie dell'anfrattuosità. Trasportando in altro campo e in modo approssimativo l'uretroplastia per fistola uretro-peniena del Nélaton, mi servo di due incisioni longitudinali parallele — che dalla cute vanno oltre il tessuto cellulare sottocutaneo — rispettivamente distanti circa 15 mm. dalla bocca fistolosa, per scollare un doppio lembo a ponte, abbastanza lungo da potersi per scorrimento abbassare nel fondo avvallato e sul catetere. Unificato colla sutura dell'occhiello, previamente recentato, il doppio lembo, insinuo nei tagli laterali zaffi di garza iodoformizzata. Per 48 ore essi sono lasciati in posto a scopo emostatico, e in seguito si rinnovano a giorni alterni, per impedire la riadesione delle labbra delle ferite e per stimolare il processo di granulazione.

Verso il ventesimo giorno le granulazioni hanno considerevolmente ispessito il lembo a ponte; e allora sospesa la interposizione di garza nella profondità, con medicatura esterna un po' compressiva si cerca quotidianamente di mantenerlo contro il catetere e a contatto colla circostante bassura dei tessuti profondi. Grado grado al contatto intimo segue l'adesione, e l'avvallamento perineale risulta tegumentato. Indi si liberano dalla garza le due breccie laterali abbandonandole alla cicatrizzazione.

Ma più tardi quando la riorganizzazione delle parti sembrava già pienamente assicurata, la retrazione cicatriziale generale vinse il coalito dei margini dell'originario occhiello. Di qui un piccolo pertugio, il cui orlo andò accartocciandosi, preparando un infundibolo il quale si mo-

strò poi refrattario a qualsiasi medicazione. Esso permetteva il passaggio di un'ordinaria sonda scanalata, che spinta obliquamente dal basso all'alto dopo circa 2 cm. di percorso incontrava il catetere.

Mi decisi di abbandonarlo a sè, e di aspettare che si cutizzasse, riservandomi un trattamento plastico complementare della nuova fistola in una terza seduta a tempo debito.

Intanto le due sedute precedenti avevano sortiti non piccoli vantaggi: dislocato dapprima lo sbocco fistoloso dalla primitiva sede para-anale, ed estirpato l'enorme callo cicatriziale peri-uretrale; abolito poscia lo spazio morto, e ridotto l'antico tramite lungo e serpeggiante entro tessuto fibroso in un breve e diretto seno tappezzato da giovane epitelio.

Le condizioni topiche mi consentono di rioperare solo il 9 febbraio 1912.

Terza seduta. — Incido circolarmente a pochi millimetri dal margine dell'apertura cutanea, approfondendo il taglio fino a scollare verso la base il rivestimento dell'infundibolo. Del doppio labbro risultante, introfletto l'interno cucendolo a sopraggitto con catgut del n. o. Resta così obliterata profondamente la fistola con un primo piano: a ridosso di questo ne foggio un secondo col labbro esterno stirato a losanga, affrontato in superficie, incavigliato con filo d'argento.

Dopo dieci giorni, levo il filo metallico e il catetere che fin dalla prima seduta operatoria era rimasto a dimora. La riparazione uretro-perineale era perfetta; il canale uretrale funzionava nel miglior modo. In appresso si notò il ricupero della tonicità dello sfintere vescicale, colla emissione dell'orina sempre volontaria a periodi regolari. Rassicurante fu ogni controllo nel successivo periodo di degenza.

Il successo fu dunque ideale. L'operato lasciava l'ospedale l'8 marzo 1912 in condizioni eccellenti anche generali, e moralmente risorto. Indirettamente mi giunsero più volte notizie dell'operato le più soddisfacenti: egli gode sempre perfetto benessere, attende ai lavori di cantoniere provinciale e nell'agosto del 1913 si trovava fra i bersaglieri della sua classe richiamati sotto le armi.

A parte l'importanza del caso clinico su riferito, notevole il fatto della pertinace applicazione del catetere a dimora per un lasso di tempo lunghissimo senza inconvenienti. Mentre i chirurghi in massima si pronunciano contro il cateterismo persistente più di pochi giorni, preoccupati delle eventuali complicazioni per una abusata presenza di un corpo estraneo nella urocisti — tanto che ad es. dagli autori francesi si citano come eccezioni cateterismi permanenti per 11 mesi (come in un caso del Boyer) e per 14 mesi (come in un caso del Voillemier), e per gli autori tedeschi sono già eccezioni cateterismi permanenti per più di un mese (come in un caso del Lyunggreen) — il mio operato sopportò benissimo una Nélaton a dimora pel corso continuo di 15 mesi — collegata col sifone quando era necessario rimanere a letto, e chiusa quando il paziente stava alzato — e fu il tempo maggiore — con pinza Pèan, da rimuoversi a intervalli dalle tre alle cinque ore. Altrettanto portarono impunemente il catetere altri miei operati, fra cui quello che è oggetto della comunicazione a questa successiva.

Prescindendo dalla tolleranza individuale e dallo stato lodevole iniziale della vescica, ho osservato che il catetere a dimora può senza pregiudizio essere usato per un tempo indeterminato, purchè si obbedisca scrupolosamente alla profilassi seguente: antisepsi dei genitali esterni ed in particolar modo del meato uretrale; lavande vescicali abbondanti due volte al giorno, con soluzione borica tiepida; irrigazione retrograda del canale uretrale colla stessa soluzione borica tiepida, e cambio ogni 3-5 giorni della Nélaton sterilizzata rigorosamente; istillazioni Guyon di nitrato di argento al primo apparire della reazione neutra delle orine (da assaggiarsi biquotidianamente colla cartina di tornasole); sorveglianza del dietetico e delle funzioni alvine. Con siffatte cautele assidue, mi è sempre riuscita innocua quella temibile arma a doppio taglio che costituisce il catetere, fuori di quei casi in cui ostassero l'assoluta intolleranza o altre circostanze abnormi preesistenti. Del resto nel caso di cui è parola, il ricorrere al cateterismo permanente piuttosto che a quello intermittente mi si presentava come condizione necessaria per condurre ad effetto la metroplastia: altrimenti, forse era senz'altro da rinunciare all'impresa.

III. — (*Ipospadia scrotale*). G... R..., di anni 18, di Gropparello ha il vizio congenito della mancanza totale di uretra penieno-balanica. Se si deve ammettere la teoria più verosimile dell'*arresto di sviluppo*, qui è ben manifesta la completa persistenza del seno uro-genitale. Di lui racconta il padre, che, da neonato, essendo alla ipospadia associata la ectopia dei testicoli, sulle prime ingenerò forte perplessità sulla identificazione del sesso. E veramente tuttora all'età adulta la configurazione dei genitali esterni tiene parecchio del femmineo.

Lo scroto a bisaccia colle borse appariscenti pur quando risalgono agli inguini gli orchidi (c'è instabile criptorchidia) ricorda le grandi labbra; il pene poco sviluppato con glande mediocre un po' velato da breve falda prepuziale semilunare, attirato in basso e fissato da corta plica cutanea, arieggia la clitoride; un'oasi losangica sottostante, rosea, liscia, con un lieve infundibolo per lo sbocco dell'uretra ipospadica simula un rudimentale ostio vulvare.

Il paziente nella tenera età, e più tardi in varie epoche era stato visitato da più di un chirurgo; ma nessuno credette di accingersi alla cura della malformazione, sicchè egli costretto a orinare accoccolato, additato malignamente come ermafrodita, crebbe fra i sogghigni dei coe-

tanei, oggetto di salaci commenti, in preda al più angoscioso avvilimento.

Abbastanza sveglio di mente, e fisicamente florido si inoltra nella primavera della vita sentendo vie più acre l'ironia dei fremiti dell'adolescenza, quando dichiarandosi votato a qualunque prova viene a implorare da me un soccorso chirurgico che valga a redimerlo dal disagio della funzione del mitto e dall'assillo di una irrisoria mascolinità.

Lo accolgo nell'Ospedale il 4 marzo 1913, col proposito di operarlo dopo un breve periodo di studio del caso.

Come avverte il Monod, i processi proposti per la cura della ipospadia grave sono numerosissimi, il che si spiega data la difficoltà dello intervento, e la frequenza degli insuccessi totali o parziali, quale che sia il metodo adoperato. « La disposizione stessa delle pareti organizzate in modo sfavorevole al successo della operazione, la presenza dell'orina che spesso rende vani i tentativi di riunione, le variazioni fisiologiche nel volume dell'organo che suscitano altri ostacoli, la sottigliezza dei tegumenti destinati a fornire dei tessuti autoplastici che facilita la loro mortificazione in caso di leggiera infiammazione » sono cause di insuccesso operativo messe in rilievo dal Duplay. Per altro il Duplay stesso, sensa dare l'affidamento assoluto di indefettibile riuscita, ha migliorato notevolmente i risultati, applicando alla ipospadia il principio di procedere alla riparazione in tante vedute successive, separate da intervalli di tempo talvolta considerevoli. A lui il merito di avere fissato questo punto di tecnica operativa: « bisogna prima costrurre il nuovo canale alla faccia inferiore del pene, lasciando sussistere la apertura anormale dell'uretra, in modo da sottrarre al contatto dell'orina questo nuovo canale (mentre è in costruzione); quando il nuovo canale sarà ben conformato e non presenterà alcuna tendenza alla retrazione, quando il soggetto si troverà in una parola nelle condizioni presso a poco di chi è affetto da una fistola orinaria scrotale, si metteranno in comunicazione le due porzioni dell'uretra mediante l'occlusione della fistola scrotale ». La maggior parte dei chirurghi ha battuta la strada del Duplay, correggendo i vizi più gravi in tre essenziali riprese: 1ª sbrigliamento del pene, e creazione dell'uretra balanica; 2ª formazione dell'uretra peniena; 3ª riunione dell'uretra balanica alla peniena, ed occlusione dell'apertura ipospadica. Qui alcuni preferiscono due tempi separati, dedicando una quarta seduta esclusivamente alla chiusura del mesto ipospadico. Queste le tre o quattro fondamentali sedute operatorie, senza contare le secondarie che sono ordinariamente ancora richieste per otturare piccole oasi discontinue sussistenti nelle parti suturate.



Il consenso è quasi unanime pel raddrizzamento del pene nei primi anni di vita per impedire che l'organo si atrofizzi. Non eguale è l'accordo per procedere alla uretroplastia: chi è d'avviso di attendere ancora almeno 6-8 mesi; che di prolungare l'attesa fino a 6-10 anni, per essere ben sicuri che non sopravverrà retrazione secondaria capace di riprodurre l'incurvamento del pene; chi vorrebbe rimandare alla pubertà il completamento della operazione per potere contare sulla « cooperazione intelligente dell'operato ». Non manca per altro chi col Pousson riduce il numero delle sedute e la durata dei periodi inter-operatorî, e neppure chi col Tuffier ha potuto sintetizzare francamente in una sola seduta i varî tempi del lavoro ricostruttivo.

È intuitivo che non tutti i casi siano di tale una analogia da permettere la generalizzazione di un metodo o di un processo, e che la savia teoria positiva del « caso per caso » anche qui debba prendere posto. Per me che avevo sottomano un ipospadico non in fascie, o poco di più, ma diciottenne, la questione cronologica in rapporto al piano operatorio di per sè stessa mutava aspetto spogliandosi relativamente di importanza e semplificandosi. Allettato d'altronde dalla rapidità di successo del Pousson, del Tuffier e di altri, e confortato dall'autorità del loro nome, mi era preparata la mente al tentativo di plasticare una volta tanto. E giacchè l'ipospadia concreta era di grado e di forma non comuni, e poco conciliabile con interventi schematizzati, mi accinsi a combinare o modificare risorse tecniche raccomandate da diversi autori.

Descriverò senz'altro le vicende operatorie.

— 17 marzo 1913. Seduta operatoria. 1° tempo: raddrizzamento dell'asta. È inattuabile il processo ordinario Duplay della sezione trasversale della briglia sotto-peniena, seguita da sutura longitudinale.

L'aderenza che non è costituita da una semplice piega cutanea, ma da un robusto e breve nastro fibroso, viene rimossa mediante la escissione di una bandeletta antero-posteriore larga 5 mm. circa, ottenuta con una dissezione che intacca pure i corpi cavernosi. Così il pene è libero e si può riversare sul pube.

2° tempo: uretroplastia per innesto cutaneo totale. Dalla porzione centrale, provvidamente glabra, dello scroto, e giù giù deviando a destra anche dalla natica di questo lato, disseco un lembo peduncolato colla base verso l'orificio ipospadico e coll'estremo libero in basso: lungo alquanto più del pene, e largo tanto da bastare ad essere avvolto attorno a un catetere del n. 13. Si introduce in vescica un tale catetere, e sopra di questo si rovescia il lembo gluteo-scrotale in modo da circondarlo completamente avvolgendovelo intorno dalla faccia cutanea, restando quindi la faccia cruenta all'infuori.

Si cuciono i margini del lembo arrotolato con punti superficiali staccati di catgut oo. Fin qui mi trovo col Rochet della seconda maniera, ma non posso proseguire colla buona compagnia, sulla direttiva Nové-Josseran, mancando le condizioni di integrità anatomica per la preparazione della loggia peniena sotto-cutanea ove innestare l'uretra neoformata.

Provvedo intanto col Tuffier alla sola parte balanica, analogamente a quanto pratica il Beek pel trattamento delle ipospadie minori, aprendo con bistori a stretta lama un tunnel nello spessore del glande: vi attiro l'uretra, abbracciata al catetere, fino all'estremo e quivi la suturo.

3° tempo: Finisco colla ricostituzione tegumentale peniena, sezionando due adeguati lembi cutanei laterali rettangolari, a partire dai margini della discontinuità risultata dall'atto preliminare sbrigliativo; avvicinandoli poscia e suturandoli sovrapposti all'uretra peniena, la quale dopo il tempo precedente è già adagiata nella cruenta doccia sotto-cavernosa. Il catetere a dimora viene munito del solito sifone pescante in un vaso contenente soluzione antisettica, e una acconcia medicatura tiene la verga riversa sul pube.

Per quanto perfettamente asettico, il decorso non portò sufficiente fortuna. Verso la decima giornata, tolti i punti si rileva che l'innesto tubulare è assicurato solo parzialmente: il segmento uretrale balanico è un fatto compiuto, ma molto problematico è il domani del segmento penieno. Non dà troppo affidamento la stessa tegumentazione, ove presto si inizia la deiscenza cicatriziale che mette a nudo buona parte dell'innesto. Gradatamente la necrosi lo miete, accennando a risparmiare appena il tratto posteriore presidiato com'è dalla ricca vascolarizzazione peduncolare. Alla fine, del lembo originario è superstite una porzione di circa 6 cm. di lunghezza e 1 1/2 di larghezza.

Egli è certo che il non avere potuto per l'innesto tubulare sfruttare la continuità di una loggia sotto-cutanea (alla Nové-Josseran), e lo avere dovuto supplirvi col ripiego di un tetto posticcio — anche là dove nel dilungarsi del lembo dalla sua base l'evanescenza del circolo sanguigno avrebbe voluto essere controbilanciata da vivificante substrato — furono il debole della operazione. Mancò infatti il coefficiente migliore delle connessioni vasali, della nutrizione, delle attività biologiche. Sta a confermarlo il pieno successo dell'uretroplastia balanica.

Oramai l'unico partito era l'attendere la esfogliazione dei tessuti. Si lascia il catetere a permanenza per difenderli dalle orine, salvo riprendere il lavoro plastico al momento propizio con modalità più promettenti, per una trafila prudente di sedute molteplici.

10 giugno 1913. 2ª seduta. Si sono ricomposte abbastanza bene le parti per rendere lecito un nuovo intervento. Comincio col praticare come usa il Thiersch una bottoniera perineale per deviare con una Nélaton a dimora le orine a salvaguardia del campo operatorio. Prima che si rattragga di soverchio il superstite lembo scrotale, lo utilizzo per trasportare in avanti lo sbocco ipospadico. Ho alla portata gli elementi atti a plasticare una porzione posteriore di uretra secondo la prima maniera del Rochet, previo qualche scollamento e recentamento; e così rovescio sul pene detto lembo scrotale, e sovra esso, avvicinati per scivolamento ribatto due lembi laterali.

L'esito fu *per primam,* con un avanzamento dell'ipospadia bastante ad assicurare una buona quarta parte almeno di uretra peniena.

20 agosto 1913. 3ª seduta. Procedo a rifare i rimanenti tre quarti anteriori col secondo tempo del processo classico Duplay dei quattro lembi: i due di mezzo, a base interna, inclinati l'uno verso l'altro circondano una sonda modellatrice colla faccia cutanea; i due lembi di lato, a base esterna, mobilizzati e messi a contatto in superficie combaciano colla faccia cruenta dei primi, e vengono incavigliati con sottile filo d'argento, semplice, fissato ai capi sopra due pezzi di siringa Vergne allestiti con fori distanti fra loro mezzo centimetro.

Viene completato l'affrontamento con alcuni punti superficiali di sottile filo di seta.

14 ottobre 1913. 4ª seduta. Si sopprime il meato ipospadico ancora piuttosto ampio mediante una uretraplastia a due piani, quale in senso inverso il Thiersch applica alla epispadia: e cioè, un primo piano profondo formato da un lembo preso da un lato viene ripiegato sulla sonda modellatrice per chiudere la lacuna della parete inferiore uretrale colla superfice cutanea rivolta all'indietro; il piano superficiale, preso dal lato opposto, per scorrimento raddoppia il primo piano, corrispondendosi l'uno e l'altro piano colla pagina cruenta.

Riuscito bene questo intervento, l'uretra si trovava complessivamente rifatta; tuttavia per essere perfettamente restaurata, necessitavano ancora quei ritocchi che quasi sempre sogliono fare esercitare enormemente la pazienza dell'operato e dell'operatore nelle autoplastie complementari su organi cavi in genere e in ispecie sull'uretra. Ogni chirurgo che abbia un po' di familiarità con siffatta branca di chirurgia riparatrice va verificando, che, ad onta della maggiore diligenza tecnica e del migliore decorso postoperativo, bene spesso si residuano qua e là nelle commessure dei tagli, o nei raccordi dei molteplici lembi, dei piccoli meandri, alla cui obliterazione si addice una virtuosità certosina. Così nel caso in discorso 7 piccoli seni fistolosi sparsi lungo le suture, appena specillabili, mi impegnarono per n. 10 sedute operatorie in un lungo periodo complessivo di 8-9 mesi. Dapprima per discontinuità così poco apprezzabili mi era sembrata sufficiente l'uretrorrafia Voillemier informata al metodo americano per la cura delle fistole vescico-vaginali — trattamento il più semplice, il più spiccio, il meno aggressivo —, ma provandola per tre volte non segnai che insuccesso sopra insuccesso non potendo aver ragione di fori residui appena capillari. Per non abbandonarmi a interminabili prove, mi decisi di far tesoro del processo già tratteggiato dal Sédillot, e recentemente ben regolato dal Doyen, che va sotto il nome di uretroplastia epidermica.

Circoscrivo ed isolo con una incisione il collaretto cutaneo della fistola, e delicatamente disseco per adeguata estensione la mucosa in un collo strato sotto-mucoso. Cucio a filzetta di catgut oo con spire molto avvicinate, non penetranti nell'uretra, il lembo interno sagittalmente; sopra incaviglio con sottilissimo filo d'argento il lembo esterno.

Per non compromettere eventualmente colla vitalità delle parti il già acquisito, mi limitai a trattare una per volta le discontinuità in distinte 7 sedute, delle quali nessuna fallì.

Giova ricordare che solo da circa un mese si era rinunciato al catetere a dimora — infilato nella bottoniera perineale — giacchè si era accertato che nella minzione questa da sè bastava allo scopo di deviare l'orina. Così il periodo del cateterismo permanente aveva avuto la durata di 16 mesi. Ripeterò per quest'ultimo caso quanto già espressi nella nota clinica precedente: anche qui dunque per lunghi mesi la vescica ebbe ospite ben sopportato ed innocuo il catetere. E ciò grazie non tanto forse alla propizia peculiarità organica del soggetto, quanto alle metodiche misure precauzionali altrove descritte, attuate indefessamente con religiosa attenzione.

Il 21 luglio 1914 ogni rabberciamento era esaurito. Restava ancora per il collaudo dell'uretra neoformata chiudere la bottoniera perineale.

Vi provvedo il 4 agosto 1914 con processo analogo a quello adottato nelle ultime sedute, previa riapplicazione della Nélaton a dimora, questa volta imboccata nella via naturale. Ottenuta la prima intenzione, rimuovo in 10ª giornata i fili d'argento e presenzio la prima minzione normale dell'operato.

Come l'esito anatomico, così il funzionale non lascia nulla a desiderare. L'uretra neoformata è riuscita a meraviglia: completa, ampia, uniforme, elastica, ricoperta da pelle morbida, ed abbastanza scorrevole. Il membro è ben distensibile all'indietro, e sebbene cotanto tardivamente sciolto dalle congenite aderenze, manifestamente già in questi mesi di libertà ha avvantaggiato troficamente, raggiungendo le proporzioni medie anatomiche assegnate a tale organo. I corpi cavernosi che nella misera epoca pregressa alla propria potenzialità di tessuti erettili non trovavano in atto altra rispondenza all'infuori della emergenza di un ovoide sessile tosto umiliato in basso a becco di pappagallo, l'operato oggi vede espandersi liberamente in modo che l'asta descriva la parabola ascendente degna dei suoi vent'anni. Egli è esultante: ancora gli sembra un sogno l'avere conquistata la normalità genito-urinaria. Viene dimesso il 15 agosto 1914.

Da un angolo sperduto della Valle di Chero riparava nel nostro Ospedale una larva virile maledetta dalla natura: l'Ospedale ha restituito un maschio benedetto dall'arte chirurgica, sorriso dalle gioie della vita. All'operatore non fu concesso di colorire il disegno ardito di una uretroplastia di primo getto; ma non mancò la progressiva soddisfazione di guadagnare palmo a palmo il terreno. È infatti da ricordare che il risultato parziale della prima seduta operatoria fu un primo passo non disutile che aprì la serie fruttuosa di tante piccole tappe mediante le quali venne toccata la meta. Nè il caso, come il successo, è di quelli che ogni giorno possono abbellire più o meno la produzione chirurgica di un riparto ospedaliero; chè anzi — si può aggiungere — è di quelli che nelle stesse superiori statistiche di operatori che vanno per la maggiore non mai o ben di rado figurano.



BIBLIOGRAFIA.

GUYON. *De la resection partielle de l'urètre périnéale suivie de restauration immédiate et totale*. Congrès français de Chirurgie, 1912.

BERGMANN, BRUNS, MIKULICZ. *Trattato di chirurgia pratica*.

MONOD, VANVERTS. *Trattato di tecnica operatoria*.

DUPLAY, RÉCLUS. *Trattato di chirurgia*.

POUSSON. *Opération d'hypospadias périnéo-scrotal en une seule séance. Affection chir. des org. gén.-urin.* 1897.

ROCHET. *Chir. de l'urètre*, ecc. ,1895.

ID. *Nouveau procédé pour refaire le canal pénien dans l'hypospadias*. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1899.

TUFFIER. *Traitement de l'hypospadias par la tumélisation du pénis et l'application des greffes Oller Thiersch* (procédé de Nové-Josserand). Ann. des mal. des org. uro-gén., 1899.

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Regia Accademia medica di Genova.

Seduta del 29 marzo 1915.

Dott. C. FORONI. *Nuovo metodo per l'exenteratio bulbi in rapporto alla protesi oculare*. — L'A. esposto brevemente il metodo classico per l'eviscerazione del globo oculare, accenna ai varî mezzi con i quali si è tentato di costrurre un moncone emergente nella cavità del sacco congiuntivale allo scopo di applicare sullo stesso un occhio artificiale: ma essi corrisposero assai male allo scopo e poichè in qualche caso generarono l'oftalmia simpatica furono ben presto abbandonati. L'O., affrontando il problema cui riconosce in molti casi una eccezionale importanza nei rapporti sociali, ritiene di aver trovata la soluzione migliore; e ciò con i soli mezzi naturali più semplici in quanto che si vale unicamente delle risorse locali. Ecco i varî tempi della sua operazione: *a*) iniezione sottocongiuntivale anestetica; *b*) distacco della congiuntiva dalla periferia corneale; *c*) tenotomia dei quattro retti; *d*) sbrigliamento del bulbo da eventuali aderenze onde favorire la retrazione dei muscoli unitamente alla capsula di Tenone; *e*) incisione in croce della cornea oltrepassando di qualche millimetro l'anello sclerale; *f*) svuotamento completo del contenuto bulbare lasciando la sclera perfettamente denudata. Si medica chiudendo la rima palpebrale mediante una o più listerelle trasversali di leucopaste applicando fasciatura modicamente compressiva. Non occorre zaffare la cavità sclerale nè cauterizzare l'arteria centrale allo scopo di arrestare l'emorragia, poichè anzi, ricolmando essa la cavità stes-

sa, lascia al paziente per un certo tempo l'impressione di possedere ancora il suo globo oculare, e ciò che più importa favorisce una più regolare adesione della capsula di Tenone e dei muscoli retti al segmento posteriore del bulbo, impedendo altresì o limitando la sua retrazione verso il fondo dell'orbita. In pochi giorni si elimina il coagulo, la congiuntiva si avanza da sola a rivestire la sclera, e tutta o in parte, si riassorbe la cornea. Si determina in tale guisa un moncone protetico assolutamente indolore ed innocuo e dotato di una mobilità quale non si osserva dopo la classica eviscerazione. La sua mobilità sta precisamente in rapporto alla contrattilità ampia dei muscoli retti, contrattilità che nella *exenteratio* ordinaria è assai diminuita per fatto che essi vengono per un buon tratto compresi nel moncone cicatriziale. Per la loro inserzione posteriore si ha un movimento di leva assai maggiore, per cui viene impresso all'occhio di vetro quella mobilità che costituisce il pregio migliore della protesi oculare; mobilità di poco inferiore a quella degli occhi atrofici. Naturalmente il miglior effetto si ottiene foggiando espressamente l'occhio di vetro. L'O. illustra la sua comunicazione presentando varî casi da lui felicemente operati da parecchi mesi e raffrontandoli con altri operati col solito metodo.

Prof. G. MORO. *Sulla chirurgia dello stomaco.* — L'O. nelle operazioni sullo stomaco in individui deboli e cachettici raccomanda di lasciar da parte la narcosi generale e di fare invece largo uso della anestesia locale e non solo per le operazioni di breve durata, ma anche e tanto più in quelle di lunga durata, come le stesse resezioni dello stomaco, poichè sono le narcosi prolungate che riescono letali in questi deboli malati, sia per la comparsa della gastroplegia, sia per le degenerazioni indotte dal narcotico specialmente sul miocardio, già esile e indebolito. Presenta tre individui da lui operati senza narcosi generale, colla semplice anestesia locale, di gastrectomia subtotale per carcinoma gastrico e in condizioni di grande debolezza, oggi, dopo molti mesi, guariti senza segni di recidiva e in ottime condizioni generali, con aumento del peso del corpo sino di 20 chilogrammi. Presenta i pezzi anotomici e le sezioni istologiche dei tre carcinomi asportati.

Prof. D. MARAGLIANO. *Note di chirurgia infantile.* — L'O. espone ed illustra la questione della *demineralizzazione cospicua che si verifica nelle forme di tubercolosi ossea* e accenna ai mezzi suggeriti per poterla combattere. La rimineralizzazione è favorita dalla elioterapia e dalla roentgenterapia, ma la ricalcificazione prodotta da tali trattamenti non è sempre notevole e costante. In vista di ciò l'A. ha pensato di giungere alla ricalcificazione per via chirurgica seguendo il concetto informativo dell'operazione conservativa delle coxiti.

Praticò cioè, nei casi che ne presentarono le indicazioni, l'innesto di stecche ossee: la stecca non viene eliminata e può attecchire benissimo: l'operazione è di una notevole semplicità.

Tali innesti vanno eseguiti in forme di coxite di antica data e non in forme di coxiti in atto. L'O. dimostra ed illustra le varie radiografie relative ai casi trattati; in esse è manifestamente evidente un attivo e notevole processo di ricalcificazione.

L'O. riferisce successivamente sopra un caso di *cisti addominale in una bambina di tre mesi*: venne praticata la puntura esplorativa, dopo la quale si notò una notevole riduzione del volume della cisti, ma successivamente si ebbe il ritorno al volume primitivo. L'A. pensa di dover riferire il fatto ad un processo di autosieroterapia. Praticata la laparotomia si riscontrò una cisti del legamento largo che secondo l'A. deve essere interpretata come una cisti congenita del paraovaio. Conclude accennando alla importanza della osservazione specialmente per la sua rarità.

Prof. U. PARODI. *Contributo casistico alla conoscenza delle anomalie congenite del cuore.* — L'A. presenta una singolare anomalia congenita del cuore e dei grandi vasi, osservata in un individuo di mesi 13, morto per una infezione intercorrente acuta. Si tratta di un cuore biloculare con trasposizione dell'origine dei grandi vasi, persistenza del dotto arterioso, stenosi dell'arteria polmonare. L'individuo presentava un grado moderato di cianosi.

M. SEGALE.

Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico:*

PROF. G. RAIMOLDI

**I metodi per lo studio delle funzioni renali.**

Questa interessante pubblicazione riassume brevemente la tecnica di tutti i metodi di esplorazione funzionale, che sono stati man mano proposti ed applicati da numerosi sperimentatori e illustra in modo particolare i metodi più recenti quali la *costante di Ambard*, i *coefficienti di Martinet* e il metodo della *eliminazione provocata per mezzo della ftaleina.*

L'opera è altresì corredata dalle conclusioni tratte da un numero notevole di esperimenti eseguiti su individui normali e su malati.

Un volume in 8° di pag. VII-269, in commercio **L. 7,50**; per i nostri associati sole **L. 5**, franco di porto e raccomandato.

(19)

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### L'infarto polmonare nei cardiaci.

L'infarto polmonare che segue ad un'embolia partita dal cuore si rivela clinicamente coi suoi tre sintomi: dolore puntorio laterale, dispnea, espettorazione sanguigna.

La sua prognosi, più grave quando alle lesioni cardiache si associno le lesioni renali, è generalmente buona, poichè nonostante le alte temperature si arriva sovente ad ottenere la guarigione.

La terapia deve tenere doppiamente di mira la lesione cardiaca e quella polmonare.

*Terapia cardiaca.* — Riposo assoluto a letto, regime latteo-idrico (750 gr. di latte ed altrettanti d'acqua), somministrazione di digitale a deboli dosi (5 goccie di soluzione di digitalina 1 per mille) per 8 giorni, seguìti da 4 giorni di sospensione del farmaco, 2 cartine di 50 cgr. ciascuna di teobromina. È da notare che la digitale a così piccole dosi mentre non imprime al cuore una contrazione troppo energica capace di spostare nuovi emboli, gli impedisce di dilatarsi dando luogo a nuovo coagulo.

*Terapia polmonare.* — Contro il dolore si consigliano da alcuni le iniezioni di 1-2 cgr. di morfina: essa indebolisce però troppo il miocardio, minacciando la sincope: non iniettare mai più di 2-3 milligrammi di questo alcaloide. L'ossigeno si può usare contro la dispnea. Contro l'emottisi niente ipecacuana nè emetina per la loro azione deprimente: ancora qui il miglior medicamento resta la morfina alla dose di 2 milligrammi ogni 3 ore. Essa vale anche per la tosse.

Ove esista febbre, ricorrere alle iniezioni ogni 3 ore di olio canforato semplice (10 %) o misto con etere:

| | | |
|---|---|---|
| Olio d'oliva sterile. . . . . . | gr. | 5 |
| Etere solforico. . . . . . . | » | 5 |
| Canfora . . . . . . . . . . | » | 1 |

Si può far uso di ventose scarificate, coppe secche, cataplasmi senapizzati; si eviti di avvolgere l'infermo in panni caldi, che ostacolano il respiro.

Per via interna c'è molto meno da fare; si può somministrare ogni due ore un cucchiaio della seguente pozione:

| | | |
|---|---|---|
| Acetato d'ammonio liquido . . | gr. | 5 |
| Caffeina . . . . . . . . . | cgr. | 25 |
| Liquore d'Hoffmann . . . . | gr. | 10 |
| Acqua di melissa . . . . . | » | 140 |



L'adinamia cardiaca si potrà giovare anche di 5-10 goccie due volte al giorno di soluzione d'adrenalina al millesimo. (Dal *Journal des Praticiens*, n. 9, 1915). G. SABATINI.

### Embolia paradossa in seguito ad infortunio.

Infeld (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1914, n. 44) comunica due casi nei quali, in seguito a infortunio sul lavoro, comparve una emiplegia. L'interesse di questi due casi sta in ciò, che la lesione nervosa non è conseguenza diretta di un trauma sul cervello, ma è dovuta ad una embolia, consecutiva a lesione periferica prodottasi a distanza dal cervello stesso. Si tratta cioè in entrambi i casi (uno dei quali corredato da autopsia) del passaggio di un embolo dal sistema venoso al sistema arterioso attraverso il forame ovale rimasto permeabile, cioè di una embolia paradossa.

Il meccanismo di produzione dell'embolia paradossa fu riconosciuto da Cohnheim nel 1887; e da allora la questione riguardante la frequenza con cui, negli adulti, rimane aperto il forame ovale ha sempre interessato gli anatomici e i clinici.

Le cifre che si riferiscono a questa frequenza non sono concordi da parte dei vari autori; esse oscillano fra un minimo del 20 % e un massimo del 50 %. Geipel, riferisce che, su 1130 autopsie, 286 volte si riscontrò che il forame era aperto (cioè nel 25 % dei casi); in 200 casi esso era permeabile per una sonda o pinzetta, in 86 aveva dimensioni maggiori.

Il reperto anatomico si rivela dunque assai più frequente di quanto possa lasciar sospettare l'osservazione clinica. Perchè l'embolia paradossa si produca sembra dunque che non basti la persistenza del forame ovale, ma che occorra la partecipazione di qualche altra condizione. Secondo Zahn la condizione favorevole sarebbe rappresentata dai processi di stasi periferica, giacchè allora, diminuendo nel cuore la pressione che il sangue esercita sui due lati del setto, i bordi del forame si allontanano e lo rendono così permeabile agli emboli V. FORLÌ.

### Operazione e guarigione in un caso di embolo dell'aorta addominale.

Riferiamo il seguente caso che può interessare il pratico per l'indicazione ed i risultati.

G. I., di anni 39. In seguito ad un'infezione reumatica, da 16 anni soffriva di insufficienza e stenosi della mitrale. All'improvviso, alle 6.30

di sera, accusò dolori acuti in ambedue le gambe, specialmente a sinistra; incapacità di movimenti attivi; cute fredda e cianotica. Fu trasferita in un riparto di chirurgia e tenuta in osservazione. Alle ore 8.30 i dolori si erano diffusi all'addome, il viso cianotico, le condizioni generali buone, temperatura 37°, polso 92 molto irregolare. Cuore: aia di ottusità un po' ingrandita a sinistra, e da circa 2 dita dalla linea sternale a destra; sulla punta rumore diastolico-presistolico, accentuazione del 2° tono sulla polmonale. Tracce di albuminuria. In ambedue le gambe e sull'addome fin presso all'ombelico la cute si presentava fortemente cianotica, livida, marmorizzata, fredda, un po' più spiccatamente a sinistra e verso le parti periferiche. Nelle estremità inferiori nessun polso palpabile. Insensibilità cutanea completa nei piedi e nelle gambe, parziale nelle coscie e negli ipocondri. Incapacità di muovere le gambe. Addome non teso. Assenza di edemi e di ascite.

Si pensò che questa sintomatologia fosse causata da un embolo, localizzato verosimilmente nell'aorta addominale. Non vi erano sintomi a carico degli organi addominali e dei reni. La gangrena che minacciava gli arti inferiori rendeva necessaria la rimozione urgente dell'embolo.

Alle 9.30 (cioè 3 ore dopo la prima osservazione), fu eseguita l'operazione sotto etere-narcosi, previa iniezione di digalen e di canfora. Incisione di circa 20 cm. sulla linea alba: eventramento completo del pacchetto intestinale, che si ravvolge in panni caldi. Incisione del peritoneo posteriore a sinistra della radice del mesenterio: si mette così a nudo l'aorta e l'arteria celiaca per un tratto di circa 10 cm. Il polso dell'aorta era conservato fino a 3 cm. al disopra della biforcazione, al disotto era abolito. Al disotto si palpava una massa consistente, che si estendeva alquanto in ambedue le arterie iliache. Evidentemente quivi esisteva l'embolo. Facendo comprimere l'aorta da un assistente, l'O. praticò un'incisione longitudinale di 2 cm. dell'aorta nella sede dell'embolo; l'embolo fu quindi facilmente estratto. La breccia dell'aorta fu suturata col metodo del Carrel. L'emorragia cessò dopo breve compressione sulla sutura. In ambedue le arterie iliache i polsi ricomparvero. Sutura del peritoneo a ridosso dell'aorta.

Rimesso l'intestino in cavità, sutura a strati della parete addominale. L'atto operativo durò 1 ora e 40 m. Occorsero 240 cmc. di etere.

L'embolo estratto era lungo 3 cm., formato come un dente a due radici: la corona corrispondeva all'aorta, le radici alle arterie iliache. Presentava un nucleo centrale grosso quanto una nocciuola, di colorito giallo-grigio, duro, che costituiva il vero embolo; tutt'attorno a questo, dei grumi di sangue.

Il decorso post-operativo fu eccellente. I sintomi degli arti scomparvero subito e completamente, tranne una lieve dolorabilità del piede e del polpaccio di sinistra. Dopo 25 giorni si alzò dal letto, dopo 32 fu dimessa completamente guarita (Fritz Brauer - *Zentralblatt für Chirurgie*).

P. SABELLA.

## Gli aneurismi professionali della mano.

Questi aneurismi sono meno rari che non si creda — Monod e Vauverts ne hanno riunito 35 casi — e di maggiore importanza che non si soglia ritenere perchè simili dilatazioni arteriose possono simulare svariate affezioni, sopratutto cisti, gangli, ecc., ed essere quindi confuse nella diagnosi, con erronee conseguenze terapeutiche.

Lejars (*Sem. méd.*, 28, 1914) riporta il caso di un individuo addetto al trasporto di grosse pile di libri, il quale, senza alcuna tara morbosa, e senza alcuna causa occasionale, vide formarsi, sull'eminenza ipotenare della sua mano sinistra, una piccola bozza indolente, che fu presa per una cisti; ma essendo aumentata molto di volume, e presentando una pulsazione espansiva, fu giudicata un aneurisma della cubitale ed escisso, previa legatura del tronco arterioso principale, e dei due rami che a valle della saccoccia aneurismatica si distaccavano, il ramo dell'arcata palmare e una collaterale anonima.

Quale è l'etiologia di questo aneurisma? In genere gli aneurismi della mano sono consecutivi a ferite pregresse, o sopravvengono a contusioni; ma un adeguato posto nell'etiologia va dato alle contusioni croniche professionali. Così può essere per il caso surriferito del Lejars; del resto Guattani ha descritto un caso analogo in un cocchiere, costretto a maneggiare continuamente redini e frusta; Duvernoy in un fabbro per l'uso continuo del martello, ecc.

Sono poi noti i casi di aneurismi apparsi subito dopo una brusca contusione: Regnault e Bourrut-Lacouture operarono un cannoniere che aveva visto un aneurisma svilupparsi sulla sua mano in seguito a forti colpi dati colla palma destra per aprire la culatta del cannone; con egual meccanismo si produsse il suo aneurisma un macchinista, che aveva dato un energico colpo sulla leva della locomotiva, come narra Robertson; il Rastouil riferisce pure di un *docker* caduto colla mano aperta su un sacco di salnitro.

Può essere che una speciale labilità vasale, sopratutto dovuta a processi degenerativi sifilitici, possa essere invocata in questi casi.

Con un esame attento, indagando le cause, ricercando la sede e i caratteri della tumefazione, le sue modificazioni colla compressione del vaso afferente, la pulsazione espansiva, ecc., si riesce ad evitare errori diagnostici.

La terapia consiste nell'escissione ovvero nella legatura al disopra o al disopra e al disotto della saccoccia aneurismatica.

SABATINI.

## TERMINOLOGIA.

### Malattia di Osgood-Schlatter.

*Definizione.* — Frattura parziale per strappamento della tuberosità anteriore della tibia.

*Patogenesi.* — La tuberosità della tibia si sviluppa verso i 14 anni, da due punti d'ossificazione distinti: il primo è un prolungamento dell'estremità anteriore dell'epifisi superiore della tibia e va dirigendosi in basso; il secondo compare nella massa cartilaginea che costituirà la tuberosità e va dirigendosi in alto.

Schlater considera il punto d'unione di questi due nuclei ossei come un *locus minoris reistentiae,* ove un trauma anche leggiero, una contrazione del quadricipite, può causare importanti lesioni.

*Etiologia.* — Dai 13 ai 15 anni, specialmente nei maschi; possono essere affetti i due lati, ma lo è di più il destro. Talvolta nessun trauma; ordinariamente frattura per strappamento da caduta, esercizi muscolari violenti, ginnastica, foot-ball, ski.

*Sintomi.* — Dolore di raro, vivo, ma persistente; marcie per solito possibili.

Alla palpazione: dolore ben localizzato in corrispondenza della tuberosità anteriore (segno capitale); talvolta tumefazione e edema delle parti molli, inspessimento della tuberosità anteriore, sporgenza anormale, prominenza ossea. La crepitazione ossea fa ordinariamente difetto. Nei casi inveterati, i muscoli della coscia sono più o meno atrofici.

Alla radiografia: distacco della punta della tuberosità riportata in avanti o scollamento parziale che passa per la fascia cartilaginosa apofiso-diafisaria, od un frammento osseo irregolare.

*Prognosi.* — Talvolta sfavorevole, perchè i pazienti possono restare claudicanti e accusare dolore persistente.

*Cura.* — Immobilizzazione mediante fasciature compressive.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(516) Vi sarei grato se nella « Posta degli abbonati » del *Policlinico* (sez. pratica) voleste dirmi qual'è l'etiologia di quelle certe *ectasie dei vasi della pelle delle guancie* (che credo passino fra il popolo col nome di mal salso) specialmente quando appaiono in persone giovanissime o in ragazze e se è possibile farle scomparire, e come.

Ringraziando anticipatamente

Dottor L. N. da Roncone.

L'abbonato intende probabilmente accennare alla cosidetta acne rosacea, affezione cutanea legata agli stati morbosi i più svariati.

In generale perchè si verifichi la rosacea, occorre che la capacità tonica di contrazione nei vasi del volto sia scemata per qualche anomalia costituzionale (clorosi, alcoolismo, sifilide, disturbi riflessi di origine uterina o gastro-enterica).

Sembra pure che l'affezione possa talvolta essere in rapporto con lesioni primitive della cavità nasale e faringea.

Spesso la rosacea è complicata con altre malattie cutanee (acne volgare, eczema, lupus eritematoso).

Come cura locale sono consigliabili l'elettrolisi, l'ago-puntura, le scarificazioni. Per queste ultime è adattissimo lo scarificatore a rastrello proposto dal prof. Campana.

Naturalmente prima di procedere a tali trattamenti occorre curare gli stati infiammatorii della cute complicanti la rosacea (eczema, acne).

È necessario infine curare le anomalie organiche ed i disturbi generali a cui la rosacea è legata.

In quei casi in cui si sospetti un rapporto con disturbi della digestione sarà utile l'uso dell'ittiolo *per os* (10 centigr. due o tre volte al giorno, dopo i pasti).

V. MONTESANO.

(517) Prego indicarmi nella « Posta degli abbonati » qualche ottimo manuale di psicoterapia che possa essere letto con vantaggio anche dall'ammalato (nel caso mio trattasi di un professionista colto ed intelligente, divenuto psicastenico in seguito a patemi d'animo). Sarei grato se mi indicasse pure qualche libro di lettura forte, che elevi il tono morale, che infonda maggior fiducia nelle proprie forze, vivifichi il carattere, ecc. Abb. N. 4269.

Fra i manuali di psicoterapia possiamo indicarle: Giachetti: « La medicina dello spirito », edit. Hoepli; Zbinden: « Consigli ai ner-

vosi e alle loro famiglie», edit. Quintieri; Ruch: «Cura morale della nevrastenia», edit. Quintieri. È opportuno però che il medico curante legga egli stesso questi manuali prima di consegnarli all'infermo, ed eventualmente cancelli quei periodi che, male interpretati, potrebbero — nel caso speciale — accrescere le preoccupazioni del paziente.

I libri che mirano a rafforzare la volontà e a temprare il carattere sono numerosissimi; le indichiamo: Smiles: «Il carattere», Firenze, Barbera; Lessona: «Volere è potere»; Payot: «L'educazione della volontà», Palermo, Sandron; Moru: «Sorgi e cammina», Torino Lattes; Feuchtersleben: «Igiene dell'anima», Palermo, Reber; Levrat: «Des armes pour la vie», Paris, Blond; Gillet: «L'educazione del carattere», Roma, Desclée; Guibert: «Le caractère» Paris, Lethielleux; Förster: «Scuola e carattere», Torino, Soc. T. E. N.; Förster: «Il vangelo della vita», S. T. E. N. Alcuni di questi libri, specialmente gli ultimi quattro, sono pervasi da spirito religioso, ma senza esclusivismi nè intransigenze di pregiudizi dogmatici.

V. FORLÌ.

---

**Le Domande per la «Posta degli abbonati» e i Quesiti pel "Doctor Justitia„ non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto le une quanto gli altri debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

---

# VARIA.

**Le condizioni sanitarie di Roma nel 1914.** — L'ufficio di statistica del Comune di Roma ha pubblicato un riassunto del suo *Bollettino* mensile.

Si rileva da esso che nel 1914 le condizioni sanitarie della capitale sono risultate buone. Nell'anno stesso non si manifestò in Roma nessuna forma di epidemia.

Anche le malattie infettive che normalmente non abbandonano il campo ebbero manifestazioni blande. Del morbillo risultarono denunziati all'ufficio d'igiene 1845 casi, mentre nel 1910 ne erano stati denunziati 5151 e 5270 nel 1908. Della scarlattina furono denunziati 801 casi con una mortalità bassissima. Del tifo si ebbero 931 denuncie, cui fanno riscontro oltre 1000 negli anni precedenti e ben 1324 nel 1908 e 1519 nel 1913, con una mortalità assoluta, in tutti i casi, superiore a quella dell'anno in esame. Della difterite, che nel 1910 diede luogo a più che 1000 casi, sono stati denunziati appena 440 casi con una mortalità molto più bassa di quella verificatasi in tutti gli anni precedenti.

**I suicidi a Roma nel 1914.** — Dal *Bollettino di statistica* del Comune di Roma si rileva che nel 1914 si ebbero in città 676 suicidi tentati, e 144 suicidi effettuati. La distribuzione per sessi fu la seguente:

Suicidi tentati: 332 uomini e 342 donne. Compiuti: uomini 89 e 60 donne.

Quindi prevalenza delle donne nei suicidi tentanti, prevalenza degli uomini in quelli effettuati.

Le femmine sono anche in prevalenza nelle età più giovani, mentre è raro il suicidio tra le donne anziane. Nell'età intermedia sembra che siano in maggior numero gli uomini fino a 30 anni, le donne da 30 a 50. Tra i mezzi adoperati gli uomini preferiscono i mezzi violenti quali le armi da fuoco e da taglio, lo stritolamento, l'impiccagione. Nella precipitazione, ed ancor più nell'annegamento, le donne hanno al loro attivo un più alto numero di suicidi, perchè l'atto è immediato e facile e non deve essere sorretto da una fase di meditata risolutezza. Tra gli avvelenamenti le donne scelgono a preferenza i medicinali che hanno a portata di mano; anche la varecchina, di uso comune nella casa, tiene un posto importante nella scelta. L'uomo invece, che sta lontano dalla casa, e che ha più contatto con gli oggetti di cancelleria, ricorre all'inchiostro più della donna.

In quanto al luogo in cui si compie l'atto, le femmine, più pudiche in tutto, preferiscono la propria abitazione, i maschi invece preferiscono altri luoghi e ciò farebbe credere ad una specie di esibizionismo, quando non si voglia ritenere che sieno piuttosto guidati dal desiderio di non terrorizzare la famiglia, sentimento possibile più in chi ha il compito della difesa e tutela degli esseri deboli, che non in questi.

Tra le cause supposte o dichiarate, i contrasti in famiglia e le delusioni in amore fanno più strage fra le donne che fra gli uomini, le malattie e le ristrettezze finanziarie colpiscono invece più questi che quelle; ira ed umiliazione dell'amor proprio non distinguono.

(Da *La Vita Sanitaria*).

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

Dr. CALOT. *Berck. Lymphatisme et déviations.* Paris, A. Maloine, éditeur, 1914. Prix 4 Fr.

Non v'ha ormai studioso che non conosca le benemerenze del Calot, nelle direttive e nella diffusione della moderna terapia chirurgica delle adeniti specifiche, degi ascessi freddi, della coxite, del morbo di Pott, delle tubercolosi epididimo-testicolari e delle deviazioni congenite o acquisite, scoliosi, lussazioni congenite, piedi torti, ecc.

Nel breve volume, con la chiarezza che è dote precipua ed ammirevole dell'A., è esposto il metodo di cura che si segue a Berck, nell'apostolato di costanza e di amore, nel quale si riassume la vita del Calot. Per la frequenza delle lesioni delle quali nel libro si tratta, per i facili errori fatali in questo genere di terapia, il libro dovrebbe tener posto tra quelli di uso e di consultazione corrente.

*t. p.*

G. PIANTONI. *Trapianti dei tumori maligni.* Roma. Unione arti grafiche, 1914.

L'A. dopo un'ampia rivista sintetica della questione in generale, si propone lo studio particolare dell'influenza che la soppressione di organi (testicoli, tiroide, timo, ovaio) può esercitare sull'evoluzione dei tumori trapiantati. Esperimenta con trapianti eterogenei (dall'uomo ai ratti, ai topi dai ratti, ai topi) con trapianti omogenei (da ratto a ratto, da topo a topo); i resultati sono negativi per i trapianti eterogenei: sono positivi pei trapianti omogenei e abbastanza dimostrativi per provare l'influenza favorevole delle ghiandule sessuali allo sviluppo dei tumori, l'influenza ostacolante della tiroide, del timo, della milza.

Nel lavoro dell'A. è in certo qual modo misurato *il grado* di tale peculiare influenza, *alla milza* spetta il massimo potere di difesa. Lavoro sperimentale paziente e non privo di difficoltà, è condotto con sicura tecnica, e con grande serietà d'intendimenti.

*t. p.*

E. PELLECCHIA. *Sul trapianto libero dei nervi.* Tip. L. Fiorenza. Napoli, 1915. L. 12.

È un lavoro compiuto nella scuola del professor von Schrön di Napoli. Con esso l'A. porta un valido contributo sperimentale in un campo della patologia già tanto studiato, ma sempre irto di difficoltà e di questioni ancora non risolute. Con ordine metodico e con dottrina profonda, l'A. tratta esaurientemente il vasto argomento, dall'anatomia e fisiologia dei nervi periferici alla isto-patologia dei nervi scontinuati; dalla storia della chirurgia dei nervi alla storia e tecnica del trapianto libero di essi. Notevole è sopratutto la parte sperimentale sulle varie specie di trapianto dei nervi e lo studio della isto-fisio-patologia dei trapianti e delle loro applicazioni nella pratica chirurgica.

*p. s.*

Prof. R. MINERVINI. *Ricerche sulla rigenerazione epiteliale nei vertebrati.* 1 op. in-4 di pag. 89 con 9 tavole. Napoli, 1914.

È un lavoro condotto con grande perizia, che assume importanza non soltanto scientifica ma anche pratica, per le applicazioni agli innesti cutanei ed alla cicatrizzazione. L'A. ha eseguito moltissime osservazioni accurate, rese sulle magnifiche tavole che illustrano la monografia. Questa è stata premiata al concorso Tenore ed inserita negli Atti dell'Accademia Pontoniana.

**Premio semigratuito per i signori abbonati al « Policlinico ».**

**Prof. F. DURANTE**

**TUBERCOLOSI E SUA CURA A BASE IODICA**

**Affinchè i lettori del « Policlinico » possano formarsi un criterio dell'importanza del libro che costa L. 3,50 ma che ai nostri associati viene ceduto per Una Lira solamente, ne diamo qui appresso il sommario:**

*INTRODUZIONE.* — Cause della tubercolosi — Essenza del processo tubercolare — Effetti anatomici e clinici del processo tubercolare — Diagnosi della tubercolosi in generale — Id. dell'ascesso freddo — Id. della linfoadenite tubercolare — Id. dell'adenite mammaria e salivare tubercolari — Id. della prostatite tubercolare — Id. della cistite tubercolare — Id. della piolonefrite tubercolare — Id. della peritonite tubercolare — Id. della pilorite tubercolare — Id. della cieco-appendicite tubercolare — Id. della della rettite tubercolare — Dell'idrope articolare tubercoloso — Id. della osteite tubercolare — Prognosi — Trattamento igienico e iodico della tubercolosi in genere — Cura della tubercolosi polmonare — Id. della pleurite e peritonite tubercolari — Id. della pilorite e cieco-appendicite tubercolari — Id. della metrite del collo ed endometriti tubercolari — Id. della epididimite ed orchite tubercolari Id. della prortatite tubercolare — Id. della cistite e pielonefrite tubercolari — Id. delle ulcere tubercolari della pelle — Id. della linfoadenite tubercolare — Id. dell'ascesso freddo — Id. delle artrosinoviti tubercolari — Id. dell'osteite tubercolare.

**Per ottenerlo subito, inviare Cartolina-Vaglia da UNA LIRA, unendovi la fascetta d'abbonamento o indicando il numero della medesima, esclusivamente al Prof. Enrico Morelli, Via del Tritone, 46, Roma.**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Lettera dal campo.

2 luglio 1915.

*Caro amico,*

Ho un momento di tempo da dedicare agli amici, e scrivo al segretario della nostra redazione. Non so se la censura e l'altezza da cui scrivo (2260 m.) permettano alla mia voce di scendere a piazza Colonna; da qui però dove ogni tentativo, per obbietti che sembravano irraggiungibili, è stato coronato da successo, tutto sembra possibile, anche.... evitare la censura e farla in barba ai disguidi postali.

Poco dopo la mia partenza sono stato distaccato dalla mia sezione, e col 1° reparto someggiato ho cominciato a vivere vita indipendente: i peggiori fastidî dell'ufficiale medico e meglio ancora del capitano comandante, non sono già le marce, la disciplina, il servizio medico; sono le *carte, i rapportini,* la burocrazia, che, a voler dar retta a tutti i richiedenti, porterebbero via tutta la giornata. La pretesa di far diventare un medico ragioniere, furiere, estensore di conti, relatore addirittura di fatti d'armi, è un non senso nella pratica. È stata una vera tortura: figurati che dopo essere stato dalle 10 del mattino del 15, alle 4 ant. del mattino seguente (16) in piedi a prestar soccorso a 107 feriti, e non tutti passibili di semplici medicature, sono stato svegliato dopo 2 ore di assopimento più che di sonno, da un corriere che portava una lettera urgente!... mancava il *rapportino,* mod. 908, che non era stato compilato per la materiale mancanza di tempo!

Sono al comando di un reparto someggiato, con 110 uomini e 27 quadrupedi: sono destinato a seguire le operazioni in montagna.

Non si può non elogiare tutta la disposizione del materiale di medicatura, preparato in maniera irreprensibile dalla nostra farmacia militare di Torino; una istituzione che deve renderci orgogliosi, che offre tutto l'occorrente per qualsiasi medicatura ed oso dire per qualsiasi atto operativo... in montagna! La distribuzione nei *colli* è razionale; è stata tolta la parte ingombrante, e sostituita con lodevole giudizio con quanto di necessario od utile ha rivelato la pratica moderna e l'esperienza.

La parte medica è invece meno dotata...

E pensa che ogni tanto viene l'ordine regolamentare d'impiantare infermerie temporanee, nelle quali basta l'affluenza di un centinaio di malati di lievi affezioni per dar fondo in un attimo al carico dei medicinali di prima necessità.

Tutto è stato preparato quasi non fosse permesso avere una bronchite, una congiuntivite, una blenorragia in tempo di guerra.

Malgrado queste deficienze, per le quali sarebbe utile insistere da parte di *quelli che stanno nella stampa fissa,* il nostro ausilio sanitario è stato corrispondente quasi sempre al bisogno, perchè la nostra mentalità di italiani è fatta di una non prevedibile capacità di adattamenti, di trovate, di espedienti!

I miei soldati passano da abili spaccalegna a costruttori di strade, alla funzione di ingegneri, di mulattieri, di facchini, di ottimi infermieri, portaferiti; le mie tende sorgono linde e ben tirate in un'ora; i pavimenti delle tende tra le rocce, talora, fanno invidia ad un cementista, in un attimo tutto è pronto per l'opera.... e la simpatica sagoma del nostro soldatino è immobile o infaticabile a seconda del comando, che dopo un certo tempo, si svolge a cenni.

Pratico di camere di operazioni o di medicatura di corsie d'ospedale, non ho potuto non rallegrarmi dell'assistenza di questi infermieri improvvisati, come il sottoscritto è un alpinista del tutto improvvisato, direi quasi creato d'urgenza!

La salute delle nostre truppe è davvero ottima. Su 6000 uomini che io seguo, 30-40 malati al giorno e in genere malattie lievi: reumatismi articolari, tonsilliti, lievi bronchiti acute; le enteriti frequenti. Ho tentato la spiegazione di queste enteriti, ed eliminata ogni causa, ho dovuto attribuirne una parte al freddo; io stesso assoggettato a vitto igienico e cucinato sotto la mia sorveglianza ho avuto disturbi non tanto lievi in un brusco cambiamento di altezza (in un giorno di circa 1800 metri). Ma la giovinezza è qui una grande alleata del medico.

I prigionieri hanno l'aspetto di ottimi soldati ben vestiti, ben nutriti, e forniti di larghe provviste. Il nemico è a pochi chilometri, e nei momenti di tregua, assisto col binocolo al lavoro instancabile di fortificazione, che compiono: sono trincee, tirate con regola militare, costruite con ogni precisione e con tutti i mezzi che le rendono imprendibili dalle fanterie. E ti assicuro che l'avanzata su questi monti delle dolomiti è difficile, oltremodo difficile, piena di sorprese; un'avanzata di 1000 metri può costare molte vite, e qualche posizione austriaca si può difendere con pochi uomini decisi.

Nei nostri combattimenti il soldato è stato pieno di slancio, ma non sempre questo coefficiente basta, anzi può essere pericoloso, e qualche nostra perdita è forse ad esso imputabile. Basta per oggi: un grande avvenimento si attende: le nostre artiglierie si sono arrampicate, là dove è stato per gli uomini difficile arrampicarsi: presto tuoneranno inflessibili e io te ne descriverò gli effetti; assisterò dall'osservatorio di un mio amico comandante una batteria, e grideremo vittoria. Salutami gli amici della redazione...

PONTANO.

## I servizi sanitari in guerra.

In un'opera così grandiosa sarebbe stato inverosimile che si fosse raggiunta d'un subito la perfezione. Non può esser dubbio per nessuno che persista qualche manchevolezza.

Gli eventi volgono così lietamente per noi, i gloriosi successi delle nostre truppe ispirano una calma così fiduciosa, che ci sembra lecito di entrare nella discussione, prendendo in esame anche le questioni di dettaglio.

Ci arride la lusinga di poter concorrere a elevare i servizi sanitari all'altezza raggiunta dall'organizzazione generale. C'incoraggia a parlare anche la circostanza che si tratta di lievi imperfezioni, imputabili alla fretta ed alla vastità dell'organizzazione: questioni non sostanziali. Basta richiamarvi l'attenzione perchè si presenti ovvio il rimedio.

Ci limiteremo a prospettarle, riservandoci di lumeggiarle nei prossimi numeri. Non ci pare il caso di lamentare che nell'assegnazione dei gradi ai medici richiamati ed assimilati non siansi seguiti criteri di equanimità. Sarebbe del tutto inopportuno sollevare una questione di gerarchia, dal momento che persone le quali occupano posti elevatissimi nella vita civile si arruolano come semplici soldati. D'altra parte lo spirito di cameratismo dovrebbe sopprimere ogni attrito, tra medici di vario grado. Si potrebbe solo tenere presente che la disciplina soffre da una sperequazione troppo stridente e che il grado regola la liquidazione delle pensioni nei casi di morte o d'invalidità.

Nell'assegnazione dei gradi e dei posti non si è sempre tenuto stretto conto delle attitudini personali e delle esigenze dei servizi. È certo che non tutti i medici i quali nella gerarchia civile occupano posti equipollenti sono egualmente idonei al servizio di guerra. Ad esempio un aiuto di clinica chirurgica si renderà assai più utile che uno d'istologia, addestrato a praticare le inclusioni in paraffina ed a colorare i tagli, ma che dovrà rifare la sua educazione clinica a spese dei pazienti. Eppure al secondo verrà assegnato lo stesso grado, magari un grado più alto se egli è abilitato all'insegnamento libero. Queste incongruenze sarebbero da evitare. Se si vuole ottenere la massima efficienza converrebbe applicare la massima inglese: «the right man at the right place», cioè l'uomo adatto al posto adatto.

Altre questioni di secondario interesse riflettono l'opportunità di non requisire le cavalcature ed i motocicli di cui i medici hanno bisogno per il servizio di condotta; la richiesta di un compenso o indennità da parte dei medici sbalzati lontani dalle residenze; e così via.

Ci auguriamo che questi richiami non restino sterili.

*La guerra e l'Ordine dei medici di Sassari.* — Il «Bollettino» dell'Ordine dei medici della provincia di Sassari pubblica il seguente articolo del suo presidente onorario on. Dore:

«Noi non potevamo desiderare la guerra.

Figli di una generazione educata alle idee della fratellanza mondiale; discepoli di una scienza che nelle esplicazioni della sua missione umana non conosce barriere di nazionalità; noi rifuggivamo dal pensiero che le ragioni del diritto si dovessero sottoporre alla forza brutale; rifuggivamo dal concepire che la nostra opera si dovesse accompagnare a carneficine selvaggie.

Ma, più forte delle nostre astrazioni teoriche, è venuta a scuoterci la voce della patria. La patria ha sentito orrore per le infami violazioni del Belgio; ha sentito fremiti d'indignazione nei suoi entusiasmi per tutte le libertà, per tutte le rivendicazioni nazionali; ha sentito risorgere, in ogni sua città ed in ogni suo borgo, gli spiriti di Dante e di Mazzini.

Tutta l'Italia è insorta gridando: Viva Trento e Trieste... E abbiamo ripreso in mano il glorioso brando garibaldino!

Siamo tutti in guerra. I nostri soldati sono sul fronte: noi siamo nelle ambulanze o negli ospedali — sui monti o sui piani — ovunque vi è da curare una ferita o da confortare un dolore.

Milizia di armi e milizia di pietose battaglie formano insieme una grandiosa armata civile. E muoviamo in guerra contro la guerra; in guerra contro una civiltà barbarica; in guerra contro una secolare oppressione di genti nostre.

Italiani tutti, siamo tutti in piedi al grido sacro di: Viva l'Italia!».

*Ordine dei medici della provincia di Perugia.* — L'Ordine dei medici della provincia di Perugia ha diramato la seguente circolare ai deputati della provincia per interessarli alla

sorte delle famiglie dei medici condotti ed ospedalieri in servizio nell'esercito o nella Croce Rossa:

*Onorevole,*

In nome del Consiglio dell'Ordine di Perugia che ce ne ha dato incarico, interpetrando il pensiero dei medici, Le rivolgiamo la presente per interessarla ad un'opera di giustizia e di umanità.

Alla S. V. non sarà ignoto come i medici italiani, condotti ed ospedalieri, abbiano risposto con entusiasmo all'appello che loro ha rivolto il paese. Volontari ed obbligati numerosissimi accorsero a prestare l'opera propria sui campi di battaglia, negli ospedali da campo e territoriali, della Croce Rossa.

Oggi però trascorsi i primi due mesi da che molti di essi si trovano sotto le armi, e sospeso da parte delle pubbliche amministrazioni il pagamento dello stipendio alle famiglie, queste si trovano esposte a gravi difficoltà economiche, poichè l'assegno del grado di tenente (è questo il grado della grande maggioranza) non può essere sufficiente alle esigenze del medico richiamato ed insieme ai bisogni della famiglia rimasta in residenza. Questa è la triste situazione in cui trovansi le famiglie della grande maggioranza dei medici condotti ed ospedalieri sotto le armi; non esistiamo a definirla pietosa e perciò meritevole di un provvedimento da parte del Governo.

Alla classe operaia, agli impiegati civili, ai maestri elementari si è provveduto con disposizioni legislative in modo da metterne al sicuro le famiglie da ogni ristrettezza. Perchè non si provvede egualmente per i medici? Se è vero che l'opera loro non è meno necessaria in questo momento dell'altrui, se è vero che i cittadini della medesima nazione hanno i medesimi diritti e doveri, e debbono sottostare, se ciò è necessario, tutti nella stessa misura ai sacrificî ed alle privazioni, perchè i medici debbono essere privati di diritti che si accordano ad altri ed alle loro famiglie imposti sacrificî che ad altre classi di cittadini non si domandano? Sono questi i precisi termini della questione che sottoponiamo all'esame del Governo.

I medici sono pronti a facilitare nel miglior modo possibile la risoluzione del problema; essi non domandano di meglio che di potersi dedicare con animo tranquillo e sensa preoccupazioni per la sorte delle loro famiglie all'opera propria. Veda il Governo di seguirli nelle loro giuste aspirazioni.

*Il Presidente*: Dott. ADOLFO BOLLI.
*Il Segretario*: Dott. BRACCIO BRACCINI.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5372) *Certificati.* — Il Dott. abbonato n. 4842 desidera conoscere quali certificati il medico condotto è obbligato a rilasciare gratis e quali a pagamento.

Non è possibile fare un elenco aprioristico di tutti i certificati che si debbono rilasciare in carta libera e di quelli che si debbono rilasciare in bollo. In genere tutti si rilasciano in bollo, meno per le persone fornite di certificato di povertà e per determinati usi speciali come per l'obbligo della istruzione elementare, per la leva, per sussidii, ecc., ecc.

(5373) *Sessennii.* — Il Dott. A. R. da P. espone che il primo sessennio gli è scaduto nel maggio ultimo, ma siccome il Comune gli ha concesso nel gennaio scorso un aumento straordinario di stipendio, non crede che, giusta la vigente giurisprudenza, possa adesso riscuotere anche il secondo sessennio, cui ha diritto per atto di nomina. Desidera conoscere se il secondo sessennio, cui avea diritto prima di questo aumento di stipendio, venga del tutto annullato per il suddetto aumento oppure ad esso si possa sperare al compiersi di un altro sessennio, che è cominciato a decorrere dal giorno del concesso aumento.

Per effetto del conseguito aumento di stipendio il diritto al sessennio non è annullato ma è semplicemente dilazionato. Ella potrà conseguire il nuovo sessennio fra altri sei anni computabili dal giorno in cui le fu concesso l'aumento dello stipendio.

(5374) *Chiamata sotto le armi - Non invocata esenzione - Effetti.* — Il Dott. N. P. da T. desidera conoscere a chi spetti l'obbligo di promuovere la esenzione dalla chiamata alle armi del medico condotto unico nel paese: se, cioè, al medico stesso od al sindaco. Se spetti al medico può costui, non avendola in tempo invocata, pretendere lo stipendio dal Comune per la intera durata del servizio militare?

La esenzione dalla chiamata alle armi del medico condotto unico nel paese è fatta non nell'interesse del sanitario, ma bensì in quello prevalente della pubblica salute, non essendo prudente lasciare, per tempo più o meno lungo, un determinato paese senza l'assistenza igienica e sanitaria. Ciò posto non spetta al medico rendersi parte diligente per ottenerla, ma bensì al sindaco, che rappresenta la collettività ed ha l'obbligo di provvedere a che non difetti uno dei più importanti rami di pubblico servizio. Se la richiesta, nelle forme legali, non fu fatta a tempo, non può la negligenza essere imputata al sanitario, il quale conserva, pertanto, come tut-

ti gli altri impiegati comunali, il diritto allo stipendio per la intera durata del servizio militare.

(5375) *Medici ospitalieri - Chiamata sotto le armi.* — Il Dott. abbonato n. 5328 desidera conoscere se ai medici ospedalieri sia accordata la conservazione del posto e dello stipendio, qualora fossero chiamati sotto le armi, e chi dovrebbe provvedere alla bisogna nel caso che l'opera pia interessata non abbia i mezzi occorrenti.

Con recenti istruzioni furono estese anche ai medici in servizio delle opere pie le facilitazioni relative alla conservazione del posto e dello stipendio in caso di chiamata sotto le armi. Deve, però, trattarsi di medici di ruolo che occupino il posto in modo stabile od in seguito a concorso. Non è previsto concorso di altri enti pel caso che le opere pie interessate non abbiano i mezzi per pagare lo stipendio ai proprî impiegati durante il servizio militare.

(5376) *Medici della Croce Rossa - Chiamata in caso di mobilitazione - Diritti verso il Comune.* — Il Dott. F. S. da B. non più obbligato per ragione di età al servizio militare, trovasi inscritto fin dal 1912 nella Croce Rossa col grado di tenente. Desidera conoscere se nel caso fosse chiamato per la mobilitazone dell'unità ospedaliera, cui fu assegnato, possa conservare lo stipendio ed il posto nei riguardi del Comune.

L'articolo 3° del R. Decreto 23 maggio 1915, n. 719, dà facoltà di conservare il posto e lo stipendio ai soli impiegati civili dello Stato che sono ascritti alla Croce Rossa e che prestano servizio, anche volontariamente, nella associazione stessa in caso di guerra. Per gli impiegati comunali, e quindi pei medici condotti, non esiste disposizione di tal genere.

(5378) *Sdoppiamento della condotta.* — Il Dott. F. S. da S. G. I. espone che il Consiglio comunale ha sdoppiata la condotta medico-chirurgica, assegnando al più pratico e provetto dei titolari un maggiore assegno di lire 700 all'anno coll'obbligo di prestarsi anche nell'altra zona nei casi chirurgici di una certa entità. Domanda conoscere se è ammissibile questa diversità di trattamento, che mentre peggiora il servizio per il conflitto e l'antagonismo che certamente si stabilirà fra i due condottati, nuoce anche economicamente per i minori introiti ed incerti professionali.

Francamente non dividiamo tali preoccupazioni. In primo luogo non crediamo che possa sorgere fra i due professionisti la temuta rivalità dal momento che il nuovo va unicamente per prestar mano forte ed assistenza al titolare vecchio della zona, il quale resta sempre il responsabile dell'atto operativo. Invece di chiamare un aiuto appartenente ad altro Comune si fa assegnamento sull'opera del collega, che serve la medesima amministrazione ed ha un assegno fisso per tale maggiore prestazione. Lo sdoppiamento della condotta fu poi approvato dalle competenti autorità perchè riconosciuto se non indispensabile, almeno utile per il servizio della cittadinanza e, come comprenderà facilmente, di fronte al pubblico bene non può aver valore il privato interesse rappresentato da una probabile diminuzione di proventi professionali. Del resto il lavoro è ridotto a metà e col maggior tempo disponibile potrà anche nella zona, che le è propria, estrinsecare in modo più ampio il privato esercizio da compensare qualche eventuale perdita di clienti nella zona dell'altro collega. Non è poi a Lei vietato di esercitare come privato la professione anche nella zona dell'altro.

(5379) *Licenziamento del medico condotto per fine di ferma.* — Il Dott. abbonato n. 7313 desidera conoscere se il licenziamento per fine di ferma motivato per lasciar maggior tempo e libertà alla Amministrazione comunale di regolare il servizio medico in maniera più conveniente agli interessi del Comune, sia valido.

Il licenziamento per fine di ferma del medico condotto motivato come sopra non è, secondo noi, legale perchè esso priva ingiustificatamente il sanitario della possibilità di acquistare il diritto alla stabilità, che la legge gli accorda dopo due anni di buona prova in un Comune. Nel licenziamento per fine di ferma deve essere accennato al fatto della prova non riuscita a dovere e della necessità di mutare titolare nell'interesse del servizio. La deliberazione di licenziamento per tale motivo sarebbe impugnabile presso la IV Sezione del Consiglio di Stato nel termine di giorni 60 dalla notifica.

(5380) *Servizio militare.* — Al Dott. S. C. da C. rispondiamo che stando all'impegno di servizio assunto molti anni or sono, la chiamata attuale, come conseguenza di quell'impegno, è obbligatoria. Ella non avrebbe, infatti, potuto esimersene se non per ragioni di salute che nel fatto non esistono. Si sarebbe potuto sostenere la volontarietà dell'atto, se l'impegno medesimo fosse stato assunto ora a guerra dichiarata e senza il beneplacito della Amministrazione municipale.

(5382) *Vendita o somministrazione di medicinali da parte del medico.* — Al Dott. L. T. da S. G. di B. rispondiamo che come egli facilmente comprende il precetto della legge che vieta ai medici la vendita o la somministrazione

dei farmaci ai proprî clienti è assoluta e non ammette eccezioni desunte dalla urgenza o dalla mancanza o lontananza di aziende farmaceutiche. Riteniamo, pertanto, che la contravvenzione esiste, ma che però resta in certo modo diminuita la gravità del fatto ed in gran parte eliminata la colpa dalle due suespresse circostanze dell'urgenza di provvedere in singoli casi e della grande distanza in cui era posta la principale ed unica farmacia del Comune.

(5383) *Chiamata sotto le armi - Dispensa.* — Il Dott. A. B. da R. chiede conoscere se ad ottenere la esenzione dalla chiamata alle armi occorre che il Distretto militare si pronunzi in merito, o basta che sia presentata al Distretto medesimo il relativo certificato senza altro.

Per ritenersi esentata occorre che il Distretto militare lo dichiari espressamente con lettera a Lei diretta ed al sindaco. Crediamo che il Distretto non risponda perchè nel suo caso non trattasi di esenzione ma di semplice prevenzione non essendo stata ancora chiamata la classe, cui appartiene. Ad ogni modo si potrebbe insistere perchè si ottenesse almeno la ricevuta della lettera. Per nostro conto La consiglieremmo, però, a ripetere il certificato con data recente al momento della chiamata, se vi sarà, e presentarlo personalmente al Distretto. Come comprenderà facilmente, la posizione delle cose dal giugno a quando avverrà la chiamata potrebbe essere modificata. Mancando alla chiamata alle armi si cade nel reato di diserzione.

(5385) *Interpretazione di capitolato.* — Il Dottor A. B. C. chiede conoscere se la interpretazione di un articolo del proprio capitolato, stabilita da apposita Commissione e sottoscritta dal medico, dal sindaco ed approvata dal Consiglio comunale, debba essere approvata dalla G. P. A.

Se trattasi di pura e semplice disposizione interpretativa non vi è bisogno della approvazione della G. P. A. Se però essa, oltre che interpretativa, sia anche, in minima parte, innovativa non può prescindersi dalla approvazione della Autorità tutoria.

(5386) *Ricette firmate dalla levatrice.* — Il Dott. V. R. da T. desidera conoscere in quali penalità incorre un farmacista che spedisce le ricette di una levatrice.

Le ricette a norma dell'articolo 48 del regolamento del 13 luglio 1914, n. 829, debbono essere sottoscritte dal medico o dal chirurgo. Le ricette sottoscritte dalla levatrice non sono riconosciute. Epperò il farmacista che spedisce medicinali in base a tali ricette è passibile della pena di cui all'articolo 61 del testo unico delle leggi sanitarie, cioè di pena pecuniaria estensibile a lire 100.

(5388) *Licenze brevi ed ordinarie - Sostituzioni - Mezzi di trasporto.* — Al Dott. M. G. V. da C. di C. rispondiamo che dalla lettura degli articoli 14 e 17 del capitolato chiaramente si rileva che l'obbligo di lasciare a disposizione del collega, che sostituisce, il mezzo di trasporto è limitato alle brevi licenze, durante le quali la sostituzione è gratuita, e che non si estende alla licenza ordinaria, in cui si ha diritto a lire 150 di compenso. Del resto l'articolo 15 tace completamente, a differenza del precedente articolo 14, sulla quistione del trasporto e della relativa indennità.

Doctor JUSTITIA.

---

**I Quesiti pel "Doctor Justitia,, e le Domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinti, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

---

## CONDOTTE E CONCORSI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Medico-chirurgo 1° assistente o aiuto; classificazioni negli esami speciali; L. 1600 oltre L. 200 per l'ambulatorio, nette di R. M.; alloggio e vitto gratuiti. Servizio entro 8 giorni. Scad. 31 luglio.

ANZANO DEGLI IRPINI (*Avellino*). — Generalità. Annue lire tremila, di cui duemila per poveri. Documenti da presentarsi sino al 30 luglio. Non oltre 35 anni, salvo per servizio di precedenti condotte. Servizio nei quindici giorni dalla partecipazione di nomina. Indennità di ufficiale sanitario.

MIGLIARINO (*Ferrara*). — Condotta; L. 3200 e tre sessenni di effettivo servizio. Per ogni visita lira una dagli abbienti; L. 600 per indenn. cavalc. Ab. 4000. Servizio entro 10 giorni. Scad. 20 luglio.

MONTEFALCO (*Perugia*). — A tutto agosto è prorogato il concorso a una delle due condotte; L. 4400 comprese L. 350 per obbligo supplenza. Obbligo cavalcatura.

PERRERO (*Torino*). — Condotto-ufficiale sanitario per Consorzio; L. 3500. Scadenza 30 luglio.

ROCCHETTA AL VOLTURNO (*Campobasso*). — Al 5 agosto condotta; età limite 45 anni; L. 1800 p. poveri; L. 900 p. la generalità, L. 300 quale U. S., nette da R. M. Chiedere l'annunzio.

SPIRANO-LURANO (*Bergamo*). — Chiudesi 31 agosto 1915 concorso medico consorziale. Abitanti 3761. Stipendio 4400 lorde. Tre sessenni. Comuni equidistanti tre chilometri, pianura. Residenza Spirano ove havvi ospitale.

VIRGILIO (*Mantova*). — A tutto il 31 luglio posto di medico chirurgo del riparto di Pietole, frazione del detto Comune. In pianura, a chilometri 6 da Mantova, ecc. L. 3000, più L. 600 indennità pel cavallo e vettura obbligatoria e L. 300 retribuzione se eletto ufficiale sanitario. Aumenti sessennali. Abitanti 1500 circa, con 800 di questi inscritti nell'elenco dei poveri.

Medico trentenne pratico vita condotta esente obblighi servizio militare accetterebbe subito lungo interinato in paese salubre, condizioni economiche vantaggiose. Dirigere offerte Dott. A. S., Redazione Policlinico.

Medico trentasettenne, fornito di ottimi titoli e di congedo militare assoluto, pratico condotte, accetterebbe interinato in montagna nell'Italia centrale o settentrionale (eccettuato il Veneto). Scrivere o telegrafare al dott. A. Veneziani, Bologna, Via Marsala, 41.

Occorre medico interino per durevole servizio di condotta. Rivolgersi sanitario Campofilone (Ascoli).

*Diffide e boicottaggi*:

Revoca di diffide: Vigonovo di Fontanafredda (Venezia).

---

*Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e quelli di offerte o ricerche di supplenze e di interinati.*

---

VENEZIA. *R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.* — Premio di fondazione Balbi-Valier per il progresso delle scienze mediche e chirurgiche: Sarà conferito un premio d'italiane lire 3000 all'italiano che avrà fatto progredire nel biennio 1914-1915 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio. Il premio è per concorso. Scadenza a tutto il 31 dicembre 1915. Sono esclusi dal concorso i membri effettivi del R. Istituto Veneto. Le opere presentate al concorso debbono essere già pubblicate per la stampa e debbono essere inviate franche di porto alla Segreteria del R. Istituto.

Premi di fondazione Angelo Minich. Concorsi pel triennio 1913-915. Tema riproposto nell'adunanza ordinaria 26 gennaio 1913: « Illustrare un argomento importante di Anatomia umana normale nel campo della Angiologia, con estese ricerche embriologiche, anatomo-comparative ed istologiche ». Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1915. Il premio è di lire 5000. Tema riproposto nell'adunanza ordinaria 26 gennaio 1913: Patogenesi, eziologia e terapia del cancro. Il concorso resta aperto a tutto il 31 dicembre 1915. Il premio è di lire 15,000. Discipline relative a questi premi di fondazione Minich: Al concorso non possono partecipare che italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto. Le Memorie dovranno essere scritte in lingua italiana. Le altre discipline inerenti alle modalità di questo concorso sono comuni a quelle dei concorsi di Fondazione Querini e di Fondazione Cavalli.

# NOTIZIE DIVERSE.

## Gruppi chirurgici per la guerra.

È stato diramato ai Presidenti degli Ordini dei medici il seguente telegramma espresso dall'Ispettorato di Sanità Militare di Roma:

« Quest'Ispettorato si rivolge al patriottico interessamento della S. V. Ill.ma perchè voglia interpellare i liberi docenti (ed in mancanza i liberi esercenti) inscritti a codesto Ordine, ritenuti eminenti chirurgi od esperti radiologi e stomatologi provetti, per conoscere se accettano di far parte dei costituendi gruppi chirurgici alla dipendenza delle Direzioni di Sanità di corpo d'armata mobilitato, con assimilazione di grado e corrispondenti indennità. Essi gruppi sono costituiti con l'intendimento che sono inviati ove occorre l'opera intensiva per ardui interventi, per protesi provvisorie, per prime cure a feriti gravi non trasportabili. Attendesi risposta con cortese sollecitudine, e si aggiunge che saranno sostituiti, nelle eventuali loro assegnazioni di servizio territoriale, quei colleghi che saranno per essere segnalati come accettanti. — Il tenente generale medico: Sforza ».

I signori chirurgi, radiologi e stomatologi, i quali intendano accettare od avere migliori chiarimenti, possono recarsi alle Segreterie degli Ordini.

## Un appello ai medici italiani.

Da un Comitato di medici di cui fan parte il prof. Devoto di Milano, il prof. Silvagni di Bologna, il prof. Clivio di Pavia, il prof. Campani, il prof. Antonini, il dott. Ragni e molti altri, è stato pubblicato il seguente efficace invito ai medici italiani:

« Medici italiani, che non siete al fronte, voi non potete, non dovete rinunciare al diritto di dare il vostro nome al novissimo albo della Patria; sottoscrivete il Prestito Nazionale.

Medici italiani che dalla cattedra, nelle cliniche, negli ospedali, nell'esercizio pratico, nelle condotte, nell'amministrazione sanitaria vi siete conquistata salda e meritata considerazione presso ogni ceto o nucleo sociale, non vi sottraete al vostro dovere: dite a quanti hanno il denaro per esaudirvi la parola amica e suadente, guidateli alla sottoscrizione; medici italiani, che dallo Stato, dalle Provincie, dai Comuni, dalle Opere pie, dal pubblico già vedeste in parte ascoltate le vostre legittime aspirazioni morali economiche, non potete rifiutare un lieve sacrifizio di poche ore in questi giorni storici, per una propaganda che nessuno come voi saprebbe rendere altrettanto fruttuosa e fortunata. Mentre tanti nostri colleghi nobilmente si prodigano in mezzo ai valorosi combattenti diamo loro piena e commossa solidarietà di fatti, partecipiamo coll'esempio e coll'azione a questa battaglia civile a benefizio delle nostre altissime idealità nazionali ».

## L'ospedale sussidiario militare all'Istituto Massimo di Roma.

È stato consegnato all'Autorità Sanitaria Militare l'Ospedale sussidiario istituito per cura del Comitato Civile Romano di mobilitazione

nei vasti locali dell'Istituto Massimo, generosamente concesso dall'Ordine religioso che dirige l'Istituto stesso.

L'arredamento con 170 letti e con tutto il necessario fu istituto dall'Autorità militare.

Alla cerimonia inaugurale le sale splendide, la severità del signorile arredamento e la cura mirabile con cui si provvide ad ogni necessità furono da tutti altamente ammirate.

**Gli ospedali territoriali della Croce Rossa a Napoli.**

La Sezione napoletana della Croce Rossa ha organizzato quattro ospedali territoriali.

Il primo sorge nei locali del Convitto Carminiello, gentilmente concesso dal Consiglio del I Gruppo delle opere pie, presieduto dal duca di Casamassima.

I suoi locali, vasti e magnifici, constano di un pianterreno e di quattro piani, con giardini e terrazze. Al pianterreno sono situate due sale per ammalati, restando gli altri locali adibiti per la Direzione, il gabinetto batteriologico, le cucine, ecc. Il primo piano comprende: due sale da operazioni, una da medicazione, una sala radiografica, una sala per autoclave; una guardaroba, ampie sale per feriti provviste di 100 letti con reti metalliche speciali per feriti, e un deposito per materiale sanitario. Al secondo piano si contano altri 100 letti per feriti, con farmacie e altre sale di medicazione. Cento letti, tutti in stanze ampie e aereggiate, sono anche al terzo piano dove è situata la sala d'isolamento. Tre vaste sale, infine, per oltre sessanta feriti, con sale di medicazione e altri locali di guardaroba sono al quarto piano. In tutto, dunque, questo spedale comprenderebbe da quattro a cinquecento letti. Direttore ne sarà il prof. Eduardo Salvia coadiuvato da molti altri chirurghi e medici. Direttore del gabinetto batteriologico sarà il prof. Galeotti.

Il secondo ospedale avrà sede all'Hôtel Excelsior. Questo splendido albergo, che sorge a specchio delle acque di Santa Lucia, è restato chiuso, come tanti altri «hôtels», tutto l'inverno a causa della guerra.

Ora i suoi ambienti, soliti ad esser prescelti per grandi feste mondane e come breve soggiorno dell'«élite» cosmopolita di passaggio per Napoli, saranno adibiti a uno scopo più alto e più pietosamente umano. Il primo e secondo piano dell'«hôtel», infatti, saranno allestiti per ricevere 100 ufficiali feriti, affidati alle cure del direttore prof. Eugenio Liguori.

Il terzo ospedale sarà impiantato in casa Pignatelli, al vico Santa Maria in Portico, e in esso vi sarà posto per una quarantina di ufficiali feriti. Dirigerà questo terzo ricovero il professor Teodoro d'Evant.

Un quarto ospedale da 150 letti è ancora in formazione. Esso sorgerà nella casa centrale all'Arco Mirelli, delle Figlie della Carità, che offriranno una parte dell'arredamento.

Concludendo, la Croce Rossa impianterà a Napoli oltre 750 letti, salvo ad aumentarne il numero ove la Sanità militare ne facesse richiesta.

**L'Ospedale Bocconi di Milano.**

È stato inaugurato a Milano l'Ospedale territoriale n. 3 della Croce Rossa, costituitosi in via Vittoria 63, con elargizioni del comm. Ettore Bocconi. È capace di 250 letti, dei quali 100 offerti dal Bocconi che ha dato generosamente anche i locali; il restante allestito a cura e spese della Croce Rossa.

L'ospedale sarà diretto dal dott. Piantaroni.

**Per la requisizione dei mezzi di trasporto dei medici condotti.**

Il presidente generale dell'A. N. M. C., onorevole Brunelli, aveva interessato alla questione gli uomini politici della provincia di Bologna.

Ecco la risposta che il senatore Sacchetti ha ricevuto al riguardo dal capo del Gabinetto dell'on. Salandra:

On. Senatore,

Mi affretto a comunicarle per incarico di S. E. il presidente che sono state fatte presenti le considerazioni esposte da V. S. in unione ai suoi on. colleghi circa la requisizione della cavalcatura dei medici condotti.

Mi riservo di farle ulteriori comunicazioni in proposito.

Dev.mo: SCELPI.

**Esenzioni postali a favore dell'Ordine di Malta.**

Con decreto luogotenenziale 30 maggio 1915, sulla proposta del ministro delle poste e dei telegrafi, è stata accordata l'esenzione dalle tasse postali al carteggio del Sovrano Militare Ordine di Malta, durante lo stato di guerra.

**Le specialità medicinali e i trattati di commercio internazionali.**

Il Ministero dell'interno ha nominato una Commissione per l'esame e lo studio delle questioni attinenti al commercio delle specialità medicinali nei rapporti della rinnovazione dei trattati commerciali internazionali che scadono il 1917.

La Commissione è composta dei signori: Paternò di Sessa marchese grand'ufficiale professore Emanuele, senatore del Regno, membro del Consiglio superiore di sanità, presidente; Pugliesi comm. dott. Carlo, direttore dell'Ufficio trattati e legislazione doganale presso il Ministero delle finanze; Villavecchia comm. dottore Vittorio, direttore del Laboratorio chimico delle gabelle; Giongo cav. Carlo, membro del Consiglio superiore di sanità; De Sanctis Gioacchino, farmacista esercente a Roma.

**Per dotare l'esercito di cani sanitari.**

Il Kennel Club Italiano di Milano si è proposto di dotare l'esercito nazionale di cani sanitari per il servizio di ricerca dei feriti sui campi di battaglia.

A tal fine ha costituito due Commissioni, una tecnica e l'altra finanziaria.

La Commissione tecnica è presieduta dal professor A. Antonini, il quale ha già ritirati nella propria clinica circa 15 cani riconosciuti adatti al servizio pel quale dovranno essere adibiti.

Venne già iniziato l'invio di alcuni cani delle razze preferite, a qualche «dresseur» già pratico, per il loro addestramento al servizio sanitario.

## Rassegna della stampa medica.

*Rev. del Circ. Médico Argentino*, feb. FAGNET: L'uomo divorato dalla sua malattia. — Mar. AMEGHINO: Origini ed emigrazioni della specie umana. — RAMON Y CAJAL: Le condizioni sociali favorevoli all'opera scientifica. — VITON: Sulla semeiologia del sistema nervoso.

*The Practitioner*, giu. ADAMS: Insufficienza del quadricipite. — MILLIGAN: La meningite cerebro-spinale.

*Riv. Crit. di Clin. Med.*, 5 giu. MEONI: Segno laringo-tracheale del versamento pleurico. — PERSANO: Restrizione alimentare e digiuno nella cura del diabete.

*Pensiero Med.*, 6 giu. ROASENDA e TANI: Ipertiroidismo sperimentale e fenomeni oculari di natura simpatica.

*Cornell Univ. Medic. Bull.*, apr. THOMPSON G.: Sulle malattie professionali. — FOSTER: Sull'uremia. — COLEMAN: Dieta e metabolismo nella febbre. — NAUMACK: Degenerazione lenticolare progressiva. — LAMBERTH: L'« addizione » dei narcotici.

*The Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, 1 giu. TYZZER: La diagnosi di verruga peruviana.

*La Rif. Med.*, 5 giu. SIVORI: Principî difensivi nel latte di animali immunizzati contro la tubercolosi — MAZZETTI: Formazione di anticorpi specifici negli animali a sangue freddo. — BUZANO: Asterognosi. — SILVANO: Asportazione di carcinoma della testa del pancreas.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1 giu. Medicina di guerra.

*La Presse Méd.*, 3 giu. Medicina di guerra.

*The Lancet*, 5 giu. BLIGHT: Sull'arteriosclerosi. — CLARKE: Febbre reumatica e artrite reumatoide. — GRACE: Gastroptosi costituzionale.

*Brit. Med. Journ.*, 5 giu. WILSON: Azione irregolare del cuore. — LOCKHART-MUMMERY: L'amputazione in guerra. — HENDRY e HORSBURGH: La soffocazione da gas velenosi.

*Gazz. d. Osp.*, 6 giu. MUGGIA: Distrofia muscolare ed albuminuria lordotica nei bambini.

*La Rif. Med.*, 12 giu. ASCOLI M.: Tifo di guerra e tifo dei vaccinati. — PORCELLI-TITONE: Potere agglutinante del siero dopo il trattamento col tetravaccino di Castellani (tifo + paratifo A + paratifo B + colera). — MARCHETTI: L'etere come anestetico ed eccitante del tessuto cromaffilo.

*Boll. chim.-farm.*, 15 giu. SIBONI: I sensibilizzatori nella pratica elioterapica.

*Riv. Crit. di Clin. Med.*, 12 giu. MÀRTIRI: Il ricambio materiale in un caso di malattia di Kahler-Bozzolo. — SICILIANO: La funzione cardiaca all'esame radioscopico.

*Psiche*, apr.-giu. SARFATTI: Psicologia militare: la psicologia della recluta; coraggio e disciplina. — BONAVENTURA: Sulle illusioni nell'introspezione.

*Paris Médical*, 5 giu. TRÉMOLIÈRES e LOEW: La tetragenoemia epidemica. — SOMEN: La pratica del massaggio.

*Pensiero Med.*, 13 giu. PERUSSIA: L'anatomia patologica del rene ectopico.

*Giorn. d. R. Soc. It. d'Igiene*, 31 mag. OVAZZA: La malaria di Maccarese.

*Proc. R. Soc. of Med.*, mag. WALLACE: I principî della dietetica. — LISTER e a.: Trattamento della tisi col pneumotorace indotto. — Larga casistica.

*Medic. Record*, 5 giu. WILE: Profilassi delle malattie croniche cardio-arterio-renali. — van NESS: L'economia nello studio. — von der ORTEN: La classificazione logica della letteratura medica.

*The Journal A. M. A.*, 5 giu. BLAIR: Le indicazioni operative nel gozzo. — CADWALADAR: Iniezioni d'alcool nei nervi periferici. — ASHFORD: Il genere « Monilia » nel tratto intestinale a Porto Rico. — ELLIOTT: La prova fenolsulfoneftaleinica nella nefrite cronica.

*Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig.*, 30 apr. COEN-CAGLI: Igiene della bocca.

*La Ginecol.*, n. 16. BECCHERLE: Cancro e fibroma nel medesimo utero.

*Le Progrès Méd.*, giu. MACAIGNE: Sull'organizzazione del servizio militare nell'armata. — CHARON: Psicopatologia di guerra.

*Arch. d. Mal. du coeur, ecc.*, giu. COTTIN: Bradicardie permanenti. — ROCH: Il caffeismo acuto.

*La Presse Méd.*, 10 giu. CLAUDE, DUMAS e PORAK: Paralisi traumatiche dei nervi. — BROCA: Vasi e nervi della base del collo.

*Gazz. d. Osp.*, 10 giu. INDELICATO: Misura della tensione del liquido cefalo-rachidiano. — CERIOLI: Ascessi d'immunizzazione e fissazione.

*La Rif. Med.*, 19 giu. LIVIERATO: Forma clinica e terapia specifica del colera. — BERTOLOTTI e BOIDI-TROTTI: L'acrocefalosindattilia di Apert.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 8 giu. DELBET: Terapia delle ferite in guerra. — SOLLIER: Le nevrosi dovute alla guerra.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXII. *Roma, 25 luglio 1915* Fasc. 30

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



*Importantissimo nuovo Premio semigratuito per gli associati al «Policlinico».*

PROF. F. VALAGUSSA

Libero docente di Clinica Pediatrica nella R. Università, Medico Primario nell'Ospedale «Bambin Gesù» in Roma

**Consultazioni di clinica e terapia infantile**

**(con speciale riguardo alle malattie infettive)**

Il Prof. F. Valagussa, partendo dalle osservazioni fatte in un biennio di primariato nell'Ospedale infantile del Bambin Gesù, ha sintetizzato, per un gruppo di malattie, la sua esperienza clinica, spedaliera e professionale, offrendo ai medici delle consultazioni utili nell'intricata esplicazione dell'esercizio dell'esame e della cura dei bambini.

In queste prime consultazioni sono svolti i capitoli sulle malattie infettive ed in essi è in special modo curata l'esposizione dei metodi di ricerca più moderna ed i mezzi che le nuove conquiste della terapia permettono di praticare.

Un lungo capitolo è consacrato alle malattie gastro-intestinali della prima infanzia che, come è noto, sono le più comuni a riscontrarsi nella pratica e quelle che sono causa della maggiore mortalità dei bambini. In questo capitolo si troveranno esposti in maniera critica i concetti di patologia e di terapia più nuovi e più utili, sia per la profilassi che per la cura diretta delle gastroenteropatie infantili.

Altri capitoli isolati, riferentisi a svariate forme morbose e ad osservazioni anatomopatologiche, completano questo volume che ha un'impronta del tutto individuale e che rispecchia l'osservatore che offre ai colleghi quanto ha potuto ritrarre dall'esperienza di oltre tre lustri in fatto di malattie infantili.

Elegante volume in 16°, di circa 300 pagine, nitidamente stampato, **L. 3,50.**

Agli abbonati al *Policlinico* si spedisce per sole **L. 2,** franco di porto

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## OSSERVAZIONI CLINICHE.

### Plastica del padiglione dell'orecchio

pel dott. SALVATORE GUCCIARDELLO.

Quando il padiglione dell'orecchio è stato per buona parte distrutto sia accidentalmente, sia per interventi operativi, la sua ricostituzione, in una maniera che soddisfi sufficientemente all'estetica, riesce alquanto difficile.

Nei pochissimi casi, di cui si ha conoscenza, per riparare ai difetti derivanti dalle porzioni escisse, sono stati escogitati processi operativi diversi, a seconda dell'estensione e della forma delle porzioni mancanti di padiglione, e a seconda delle speciali vedute dell'operatore.

Per la correzione di piccole perdite di sostanza, l'intervento è stato limitato a plastiche, praticate a spese del padiglione stesso. Per le perdite più estese, in mancanza di lembi di cute glabra, sufficiente alla riparazione, si è d'ordinario ricorso a lembi che comprendevano anche una porzione di cuoio capelluto.

I metodi adoperati, sotto il punto di vista curativo, sono, senza dubbio, razionali e ingegnosi, ma, per quanto riguarda i risultati estetici, nella maggioranza dei casi si è dovuto lamentare ora un inconveniente, ora un altro. Il padiglione ricostituito, infatti, talvolta si è accar-

tocciato, talvolta è riuscito molto piccolo o di uno spessore eccessivo, e quando si è ricorso a lembi di una certa estensione, comprendenti anche il cuoio capelluto, i capelli sono seguitati a crescere anche sul suo bordo e sulla faccia anteriore.

Ritengo quindi che la esposizione di un metodo operativo differente da quelli adottati da altri, e che, pur conservando inevitabili difetti, riesca ad eliminare i maggiori inconvenienti lamentati, non debba riuscire inutile in un campo ancora così poco battuto.

I metodi adoperati per la riparazione del padiglione dell'orecchio si possono raggruppare in due categorie:

Plastiche nell'ambito del padiglione stesso.

Plastiche con lembi limitrofi al padiglione.

I. — PLASTICHE NELL'AMBITO DEL PADIGLIONE.

*L'affrontamento dei margini cruenti,* secondo una linea trasversale, nelle piccole perdite di sostanza del padiglione, è possibile, e il risultato plastico, d'ordinario, sufficiente.

Ma per le perdite un po' più estese, già questo semplice affrontamento farebbe accartocciare il padiglione, ed orientarlo in un piano quasi trasversale.

Questi inconvenienti sono stati evitati con esito, più o meno fortunato, mediante speciali metodi di correzione.

*Escisione a triangoli della fibro-cartilagine. (Metodo di Guermonprez).* Guermonprez pratica la escisione di due triangoli di qualche centimetro di altezza, dalla fibro-cartilagine del padiglione, sottocutaneamente e all'indentro dello antelice. I due pezzi di cartilagine vengono asportati l'uno superiormente alla perdita di sostanza, l'altro inferiormente, in modo che i due triangoli si guardino con le loro basi, ed abbiano gli apici rivolti rispettivamente l'uno all'insù, l'altro all'ingiù.

Malgrado questo artifizio però l'Autore non riuscì in un caso ad evitare completamente la deviazione all'infuori del padiglione ricostituito.

In un altro caso di tumore della conca, lo stesso Autore ne praticò la estirpazione, poi fece partire dalla perforazione due incisioni leggermente divergenti, dirette all'indietro, ed asportò la porzione di padiglione compresa fra di esse. Obliterò allora il vuoto con l'affrontamento puro e semplice dei margini della perdita di sostanza che aveva creato.

Per evitare l'accartocciamento, estirpò sottocutaneamente due piccoli triangoli cartilaginei a grande asse verticale, disposti l'uno accanto all'altro, e con la base sulla metà superiore della circonferenza della perforazione (1).

Ritengo che, con questo metodo, quel padiglione sia riuscito probabilmente piccolo e un po' tozzo.

*Metodo di Citelli.* Citelli, in un caso di epitelioma ulcerato, occupante quasi intieramente la conca, asportò, di pieno spessore, tutta la zona ulcerata, insieme a quasi 1 cm. all'ingiro di padiglione sano.

Ciò fatto, dopo di avere scollato, (lungo tutto il margine limitante la perdita di sostanza del padiglione) per circa mezzo centimetro, asportò all'ingiro una listerella di cartilagine, in modo da rendere sporgenti dalla cartilagine le due lamine di cute, e da potere così far bene la sutura cutanea.

Dopo ciò, suturò dall'alto in basso con un piano di sutura anteriore e uno posteriore, la sezione del padiglione rimasta in avanti della perdita di sostanza con il lembo rimasto indietro, lembo che distaccò dal lobulo, e dal cui estremo inferiore asportò la parte che esuberava.

Il padiglione riuscì abbastanza regolare e di un terzo più piccolo di quello dell'altro lato (2).

II. — PLASTICHE CON LEMBI LIMITROFI AL PADIGLIONE.

*Lembo mastoideo a peduncolo posteriore. (Metodo di Dieffenbach).* Per le estese perdite di sostanza, Dieffenbach praticava dietro l'orecchio, sulla regione mastoidea, un lembo a peduncolo posteriore che incastrava, senza torsione, e suturava nella perdita di sostanza del padiglione. Sezionava il peduncolo dopo circa venti giorni e lasciava guarire la faccia posteriore del lembo per granulazione (3).

*Lembo occipito mastoideo secondariamente raddoppiato. (1° Metodo di Ombredanne).* Ombredanne praticò in un caso un gran lembo orizzontale alla Dieffenbach, quindi a peduncolo posteriore. L'estremità anteriore del lembo, libera, fu incastrata nella perdita di sostanza del padiglione, e suturata. Dopo dieci giorni sezionò il peduncolo molto all'indietro, in modo da restare dietro dell'orecchio una porzione di lembo libera ed uguale in superficie alla perdita di sostanza del padiglione. Piegava allora il lembo su sè stesso, in modo da addossare la parte cruenta della porzione libera alla parte cruenta della porzione già precedentemente incastrata.

(1) COCHERIL. Thèse de Paris, 1894.
(2) Bollettino dell'Accad. Gioenia di Catania. Febbraio 1915.
(3) SZYMANOWSKI. Handbuch der praktischen Chirurgie.

Il lembo, così raddoppiato, veniva mantenuto in questa posizione mediante qualche punto di sutura. Il risultato, al dire dell'Autore, fu soddisfacente, ma i capelli seguitarono a crescere sul bordo del padiglione nella porzione ricostituita.

*Lembo occipito-mastoideo primitivamente raddoppiato* (2° *Metodo di Ombredanne*). In un altro caso Ombredanne tagliò nella regione mastoidea un lembo non più a peduncolo posteriore, ma a peduncolo anteriore. Dissecato questo lembo, lo ripiegò su sè stesso, in modo da addossare le facce cruente, e lo fissò in questa attitudine con alcuni punti di sutura. Allora la porzione del lembo, così raddoppiata, fu incastrata nella perdita di sostanza, in modo che la piega continuava esattamente la sporgenza dell'elice, e fu suturata in questa posizione.

La breccia formata dal prelevamento del lembo fu ristretta con alcuni punti di sutura.

L'Autore contava, in secondo tempo, di sezionare il peduncolo, e far combaciare la sua superficie di sezione con la superficie di sezione della conca, ma l'ammalata non si fece più vedere. Egli ha però l'impressione che questo secondo processo sia inferiore al precedente (1).

*Lembo glabro mastoideo arrovesciato*. È quello che ho adoperato nel mio caso, e che descrivo in maniera particolareggiata.

(1) NÉLATON et OMBREDANNE. Autoplasties.

D... G. B., di anni 72, da Vittoria, Epitelioma del padiglione dell'orecchio sinistro, confermato all'esame istologico.

Iniziatosi da alcuni anni su delle piccole verruche dell'elice, aveva invaso una buona parte del padiglione.

L'infiltrazione epiteliomatosa occupava la regione in cui hanno normalmente sede: la porzione verticale dell'elice fino alla coda, con la corrispondente porzione della fossa navicolare; l'antelice fino alla biforcazione in alto e fin quasi in vicinanza dell'antitrago in basso; porzione della conca fino alla spina helicis.

Posteriormente la faccia corrispondente del padiglione fino al solco auricolo-mastoideo.

Sicchè del padiglione rimaneva libera dall'infiltrazione: superiormente la curva superiore e l'anteriore dell'elice, con la fossetta intercruralis e le crura furcata, inferiormente il lobulo e l'antitrago, internamente porzione della conca per circa mezzo centimetro dietro il forame auditivo.

Operai l'infermo in agosto 1912, con l'assistenza del collega Dott. G. Re, mediante anestesia locale.

In primo tempo praticai l'escisione del tumore con due tagli retti, un po' al di là dell'infiltrazione, in tessuto sano: superiormente interessai l'elice e l'antelice a livello del punto di biforcazione, alla base delle crura furcata; inferiormente lo spessore dell'antitrago; all'interno mi spinsi a qualche millimetro dal contorno posteriore del meato auditivo; posteriormente escissi per qualche centimetro anche la cute della regione mastoidea limitrofa al solco auricolo-mastoideo.

Malgrado la più accurata disinfezione durante i giorni che precedettero l'intervento, e specialmente al momento dell'operazione, non ero sicuro di potere scongiurare la suppurazione in

una regione che era rimasta infetta e maltenuta da anni, sicchè credetti opportuno di procedere in primo tempo soltanto alla escissione del tumore.

Dopo circa un mese, la soluzione di continuo, prodotta dall'intervento, era completamente guarita: nessuna traccia di epitelioma, segno evidente che era stato estirpato in maniera completa. La regione si presentava in condizioni tali, da potersi rendere sicuramente asettica.

In questo momento, dell'antico padiglione rimanevano la porzione superiore e la inferiore, a guisa di due appendici, situate al di sopra e al di sotto del meato, dietro il quale poi si vedeva, libera e scoverta, la regione mastoidea.

Su questa regione, nella parte lasciata scoverta dal segmento mancante del padiglione, e seguendo precisamente il limite tra la cute glabra e il cuoio capelluto, pratico un'incisione a concavità anteriore, di lunghezza un po' superiore alla porzione mancante dell'elice. Dagli estremi di questa incisione curvilinea faccio partire altre due incisioni rette, leggermente convergenti, e prolungo la superiore fino alla spina dell'elice, l'inferiore fino all'antitrago. Vengo a circoscrivere così un lembo trapezoide a peduncolo anteriore e tutto a spese della cute glabra della regione mastoidea.

Disseco per circa 2 cm. la porzione curvilinea del lembo, e per circa un centimetro le due porzioni corrispondenti alle incisioni rette. Recento allora, tanto sul segmento superiore, quanto sull'inferiore del padiglione, le antiche superficie di sezione, invadendo anche per alcuni millimetri una striscia paramarginale della faccia anteriore. Affronto le parti cruentate di questi bordi con quelle delle porzioni rettilinee del lembo mastoideo, scollate, come dissi già, per circa un centimetro, e un po' assottigliate verso il margine, in modo da potere ottenere un esatto combaciamento con la corrispondente superficie cruenta dei segmenti di padiglione, e pratico la sutura.

In questo momento, sollevando con una guida la porzione curvilinea scollata del lembo mastoideo, si ha l'impressione che la figura del padiglione sia perfetta. È evidente però che, lasciato in questa posizione, in capo a pochi giorni il lembo si sarebbe riaccollato, e sarebbe perfino scomparsa la traccia dell'incisione curvilinea che lo delimitava.

Arrovescio allora il lembo con le porzioni aderenti del padiglione, in altri termini il nuovo padiglione restaurato, sul forame auditivo, in modo da rendere visibile e da stendere in unico piano tutta la superficie cruenta, cioè la faccia posteriore del lembo e quella della regione mastoidea su cui il lembo era impiantato, e pratico la fasciatura e le susseguenti medicature, lasciando il nuovo padiglione nella stessa attitudine, cioè sempre arrovesciato.

Mano mano che procedeva la guarigione per seconda, il margine curvilineo del lembo, corrispondente alla porzione mancante dell'elice, si andava leggermente ispessendo e raccogliendo su sè stesso, dimodochè, a guarigione avvenuta, l'illusione di una normale continuità dell'elice, col naturale spessore e arcuamento del suo bordo, era molto verosimile.

All'indentro dell'elice, la conca, divisa nel suo mezzo dalla spina helicis, ma naturalmente non delimitata dall'antelice, riproduceva una disposizione di apparenza normale, facile a riscontrarsi del resto in alcuni individui, nei quali l'antelice è piuttosto pianeggiante.

Il nuovo padiglione rimaneva alquanto accollato alla regione mastoidea: questo però era un difetto che poteva esser rilevato da chi confrontava simultaneamente i due padiglioni, ma che sfuggiva facilmente a chi, senza prevenzione, guardava l'infermo dal suo lato sinistro.

Dopo circa un anno e mezzo, l'operato morì di volvulo. Fino ad allora non si era costatata traccia di riprodluizone dell'epitelioma nè *in sito,* nè alle ghiandole viciniori.

Dalla esposizione del mio caso, si può dedurre che l'adozione del lembo glabro mastoideo, secondo la mia tecnica, permette di riparare, con una plastica sufficientemene estetica, rilevanti perdite di sostanza del padiglione dell'orecchio.

A maggior ragione quindi il lembo glabro mastoideo, opportunamente variato, è capace di riparare con vantaggio perdite di sostanza di minore dimensione, senza la necessità di far subire all'organo rimpicciolimenti o deformazioni, soventi sgradevoli. Si deduce inoltre che la estirpazione totale, finora consigliata, come regola generale, nei casi di epitelioma del padiglione, è un'operazione eccessiva e ingiustificata anche di fronte alle risorse della chirurgia estetica.

Vittoria (Siracusa).

---

# MEDICINA DI GUERRA.

## RADIOLOGIA.

### Alcune esperienze sull'apparecchio portatile radiologico della Sanità Militare

per i proff. F. GHILARDUCCI e U. DE LUCA.

Il prof. Serena in un suo articolo inserito nel n. 29, 18 luglio 1915, della Sez. pratica del *Policlinico,* espone alcune idee intese ad aumentare la potenzialità dell'apparecchio portatile radiologico della Sanità Militare. A questo scopo egli propone di raccordare l'asse della dinamo all'asse del motore di un'automobile o di una motocicletta. Questo sistema non è nuovo pel nostro esercito, poichè il Genio militare possiede gruppi elettrogeni animati da motori a scoppio; la loro energia varia da 1/2 a 6 cavalli; alcuni di questi gruppi sono someggiabili. Nell'esercito tedesco sono in uso per il servizio sanitario unitamente agli automobili radiologici gruppi elettrogeni autonomi animati da motori a scoppio.

Quella che è nuova è la conclusione alla quale giunge il prof. Serena, che si possa cioè realizzare con questo sistema e colla piccola dinamo del-

l'apparecchio portatile della nostra Sanità Militare *un apparecchio generatore di Raggi X di cui ogni radiologo può essere soddisfatto.*

Noi non possiamo condividere questa opinione, nè altre espresse dal Serena nel suo articolo. Siccome l'argomento è di alto interesse ci siano consentite alcune note di critica.

Anzitutto ci siamo accertati della potenzialità dell'apparecchio manovrato a mano. Gli esperimenti sono stati eseguiti con un apparecchio di *recentissima costruzione* che il signor Bernabei, rappresentante della ditta Balzarini, ha gentilmente posto a nostra disposizione. Con l'apparecchio manovrato simultaneamente da due persone vigorose abbiamo ottenuto i dati seguenti:

Tensione ai poli della dinamo 75 Volts;

Intensità nel primario 4.50 Ampères;

Intensità nel secondario (tubo Gundelach al tungstano di 20 cm. di diametro, 6 S. W.) 1.5 MA.

Questi dati presentano solo minime differenze con quelli ottenuti dal Serena dallo stesso apparecchio manovrato da una sola persona.

Non ci sembra dunque esatto quanto egli afferma che due persone dovrebbero ricavare dall'apparecchio almeno un resultato maggiore del 50 %.

Certamente ponendo in attività la dinamo per mezzo di un motore si otterrebbe una maggiore velocità di rotazione della dinamo stessa e quindi un maggior rendimento. Il Serena calcola che questo possa essere raddoppiato senza danno per la dinamo.

Supponiamo che la ipotesi del Serena sia realizzabile, che la dinamo sopporti senza guasti nell'isolamento e senza riscaldamento eccessivo un più elevato voltaggio e una maggiore intensità della corrente: supponiamo anche che l'enorme aumento della velocità (3600 giri al minuto, secondo i calcoli del Serena) non sia fonte di guasti meccanici, ipotesi tutte che dovrebbero essere verificate, ammettiamo in conclusione che il rendimento sia quale il Serena lo prevede ossia il doppio; avremo nel tubo col quale abbiamo sperimentato una intensità di 3 MA.

Il Serena afferma che ce n'è di avanzo per qualsiasi radioscopia. Noi non siamo assolutamente del suo parere. Ben altre intensità di corrente si richiedono per radioscopie difficili nelle quali l'intensità della corrente necessaria è limitata solo dal grado di tolleranza del tubo. Con una intensità di 3 MA. solo eccezionalmente potremmo scoprire colla radioscopia un proiettile annidato nel cranio, nella colonna vertebrale o nel fegato. Ciò in quanto riguarda la radioscopia.

Sulla radiografia il Serena sorvola; eppure essa è di capitale importanza specialmente in casi di ferite o di lesioni viscerali. Per questi casi, onde ottenere resultati esatti, occorrono pose istantanee o rapidissime e quindi per lo meno 20-25 Ampères nella dinamo. Sarebbe assurdo pretendere un simile rendimento dalla piccola dinamo della Sanità Militare. Sappiamo che vi sono dinamo di piccole dimensioni che dànno un alto rendimento, ma sono dinamo di tipo e di costruzione speciale.

In conclusione la modificazione caldeggiata dal Serena, anche ammesso che essa sia facilmente realizzabile, non risolve il problema di potere ottenere sul campo un apparecchio capace di soddisfare a tutte le esigenze della diagnostica radiologica. Occorrono impianti molto più potenti e ben forniti di accessori; anche su questi il Serena sorvola, sebbene essi siano di somma importanza. L'apparecchio in uso nel nostro esercito può continuare a rendere i suoi ottimi servizi per gli usi correnti della radiologia di guerra, ossia per la diagnosi delle lesioni periferiche, le quali costituiscono la grande maggioranza; in tutti questi casi l'indagine radiologica è utile, spesso necessaria, come ogni medico colto non ignora. Resta così all'apparecchio del Cavallerleone un immenso campo di azione per un lavoro fecondo ed utile; ma che esso possa sostituire utilmente un impianto radiologico potente come quelli in uso nelle armate estere, è pretesa assurda: nessun radiologo potrà dichiararsi, come afferma il Serena, soddisfatto di lavorare con un apparecchio inadeguato a ricerche rapide, delicate e difficili, quando si possono avere rapidamente anche dall'industria nazionale strumentari perfetti e potenti.

## Sulla necessità di fornire il nostro esercito di automobili radiologiche munite di apparecchi potenti e completi

per il prof. dott. U. DE LUCA,
docente di radiologia ed elettroterapia
nella R. Università di Roma.

L'utilità fra i servizi di guerra dell'automobile radiologica, fatta e costruita in modo che non solamente serva al rapido trasporto degli apparecchi da un punto all'altro della vasta zona di combattimento, ma rimpiazzi, nelle vicinanze delle linee del fuoco e negli ospedali da campo, in tutto e per tutto i grandi e moderni impianti radiologici di cui sono, o dovrebbero essere, provvisti gli ospedali territoriali, è cosa che non deve oggi neppure essere messa in discussione. E tanto i chirurgi operanti nei posti sanitari avanzati quanto i radiologi unanimemente hanno ritenuto questo potente e rapido mezzo di ricerca diagnostica non solamente utile ma necessario.

È inutile qui fare una lunga lista di nomi e di pubblicazioni per dimostrare che l'automobile radiologica deve necessariamente, se si vuole che serva allo scopo per il quale viene messa in circolazione, essere fornita di apparecchi potenti simili a quelli funzionanti nei moderni impianti radiologici fissi creati a scopo diagnostico e di tutti gli accessori necessari per le più fini e delicate ricerche diagnostiche. Ciò non costituisce nè l'opinione di taluno nè quella di tal'altro; è opinione generale e basta per convincersene sfogliare riviste radiologiche comparse in questi ultimi mesi, compreso l'ultimo numero della *Radiologia medica italiana,* contenente l'illustrazione fatta dal prof. Perussia della prima automobile radiologica italiana, o dare uno sguardo a riviste di medicina e chirurgia di guerra. Per farsene un personale convincimento è più che sufficiente pensare per poco a tutte le evenienze nelle quali non solamente può essere utile, ma si impone di necessità una perfetta ed esatta ricerca radiologica anche nelle più avanzate stazioni sanitarie di un campo di guerra. Alla radiologia di guerra non si richiede solamente di ricercare e localizzare proiettili situati in organi più o meno profondi, più o meno facilmente esplorabili: al medico radiologo, sia che accorra con la sua automobile radiologica, con il suo personale, accompagnato dai colleghi chirurgi costituenti con lui il gruppo di pronto soccorso, organizzato dalla nostra Sanità Militare, sia che operi nell'ospedale da campo, possono essere posti tutti i quesiti diagnostici ai quali deve correntemente rispondere un medico radiologo di un qualsiasi comune ospedale. Un soldato combattente può non solamente ammalare di ferita, ma può incorrere in tutte le più svariate lesioni traumatiche, e può presentare tutte le più svariate affezioni mediche o chirurgiche radiologicamente precisabili, diagnosticabili ed accertabili. In mezzo a masse di uomini, costituite da centinaia di migliaia di combattenti, operanti in speciali condizioni di vita e di clima, non è strano che si possano manifestare i più svariati casi di malattie riguardanti i vari capitoli delle patologie: i reparti di medicina e di chirurgia degli ospedali di guerra oggi già in funzione ce lo dimostrano.

Ma anche soffermandoci un poco a considerare la ricerca e la localizzazione di corpi estranei, specie se di queste operazioni si è pratici, si vedrà subito che non è sempre facile e semplice cosa, se muniti di insufficienti mezzi di ricerca o di macchinario non adattato, il poter condurre a termine l'operazione. Se in casi di esistenza di proiettili in arti si può rapidamente con metodi radioscopici localizzarli, questo non è più possibile fare, se non si possiede un macchinario potente, quando si tratti di localizzare un proiettile nel cranio, nelle parti più declivi del torace occupate dall'ombra epatica, nell'addome e nel bacino. Se invece di ricorrere a processi radioscopici si adottano poi procedimenti radiografici, la necessità di usare apparecchi perfetti, potenti, muniti di tutti gli accessorî diviene ancora più grande. In questi casi, la immobilità delle parti da radiografare deve essere assoluta. La posa radiografica deve di conseguenza essere rapidissima, per evitare gli spostamenti prodotti sia dal soggetto, spesso sofferentissimo, sia dagli atti respiratori, sia da movimenti spontanei di certi organi.

Premesso tutto questo diviene strano l'assunto del prof. M. Serena (vedi *Policlinico,* sezione pratica, fasc. 29, luglio 1915, pag. 965) secondo il quale ogni radiologo dovrebbe essere soddisfatto di un apparecchio radiologico comune portatile della nostra Sanità Militare la cui dinamo a mano fosse azionata da un motore a scoppio qualsiasi.

Non è nelle mie intenzioni di intaccare menomamente nessuno dei pregi che lo apparecchio radiologico trasportabile adottato dalla nostra Sanità Militare possiede. Io non credo che esista in Italia radiologo di professione che questo apparecchio non conosca; molti di noi lo abbiamo in svariate circostanze adoperato, molti lo posseggono e lo adoperano per tutti gli usi radiologici. Quindi non è il caso di parlare di inadeguato apprezzamento, ma, a volere essere giusti, occorre riconoscere che in molti casi ed in varie circostanze, obbligati dalla mancanza del meglio, attribuiamo a questo apparecchio meriti che, per la sua costruzione, non può avere, e da esso richiediamo effetti che, dato lo scopo per il quale saviamente è stato ideato e costruito, non può dare. E volendo rimanere nel campo della radiologia di guerra oso affermare in modo assoluto che, comunque azionato, a mano o con motori, è impossibile con l'apparecchio trasportabile della Sanità Militare eseguire in tutte le condizioni tutte indistintamente le indagini radioscopiche in qualsiasi regione del corpo umano, come è impossibile eseguire radiografie a posa non dico rapidissima, ma rapida; perciò è impossibile in tutte le circostanze poter mediante esso ricercare e localizzare corpi stranieri.

Nè questa è una mia gratuita affermazione. Ritenuti esatti i dati forniti dal prof. Serena, ed ammesso che la ditta Balzarini, costruttrice dell'apparecchio, assicuri che la dinamo ad esso annessa possa comodamente, azionata da un motore, funzionare a lungo dando una corrente al primario del rocchetto di 8 ampère a 80 volt, sarà

impossibile con questi dati ottenere sul secondario del relativo rocchetto una intensità di corrente sufficiente ad azionare sufficientemente un tubo dotato di un conveniente grado di durezza per poter radioscopicamente esplorare qualsiasi regione del corpo: come sarà impossibile avere una quantità sufficiente di corrente per eseguire una radiografia rapida anche di un torace sottile di adulto. Comunemente, con una corrente di 15-20 ampère a 110-120 volt, si richiedono, con un tubo di media mollezza, dai 15 ai 18 milliampère nel secondario per ottenere una radiografia in un secondo, di un torace di un individuo di media costituzione, a 70 cm. di distanza dal tubo con l'uso di un buono schermo di rinforzo. Se dal secondario dell'apparecchio della Sanità Militare, azionato da un motore a scoppio, inseritovi un tubo i cui raggi corrispondono a 5 W di durezza, possiamo ottenere in modo costante anche circa 4 milliampère, cosa che è da vedersi, in quanto tempo otterremo una buona radiografia di un torace, di un cranio, di un bacino?

Ogni cosa sta bene al suo posto ed è utile quando viene usata per quei soli scopi per i quali è stata creata. L'apparecchio trasportabile radiologico della Sanità Militare non fu nè ideato nè costruito per rispondere a tutti indistintamente gli scopi della moderna radiologia medica e non si può e non si deve quindi ad esso richiedere quanto non può dare. Usato per quello che vale è utile, usato fuori posto diventa ingombrante e nel caso speciale inutile, quindi ogni radiologo indistintamente non potrebbe che essere insoddisfatto nel vedersi costretto a lavorare con un macchinario insufficiente, che elevato alla dignità di grande impianto radiologico, siccome quello che potrebbe rispondere benissimo a tutti gli scopi, di fatto non potrebbe essere usato che in determinati casi e non in altri.

È un mezzo di ripiego momentaneo ha detto il prof. Serena, e potrebbe ripeterlo, da adottarsi in mancanza di meglio. È un mezzo di ripiego inutile, quindi superfluo non solo, ma dannoso: in quanto che esso potrebbe ritardare, se non fare di peggio, l'adottamento di altri sistemi e di altri macchinari, già in uso in tutti gli altri eserciti combattenti, ai quali noi non vogliamo essere assolutamente in nulla secondi.

Non sono mancate al nostro Ministero infatti proposte più o meno vantaggiose per la fornitura di automobili radiologiche dotate di apparecchi potenti e di tutti gli accessorî in uso nei più moderni impianti fissi. Una ditta Italiana ne ha già fornito uno alla Croce Rossa milanese, il primo, meraviglioso per la qualità, la bontà e la potenzialità degli apparecchi, munito di tutti indistintamente gli accessori necessari alla radiodiagnostica; la stessa ditta è in grado di fornire mensilmente un certo numero di simili automobili. Se non si fosse fin qui perduto tempo nell'esaminare proposte più o meno accettabili o non accettabili, a quest'ora, dopo quasi due mesi dalla nostra dichiarazione di guerra, il nostro esercito potrebbe avere già in attività di servizio almeno otto di questi apparecchi.

Non è dunque questione di imbarazzo nella scelta o di potere, è solo questione di volere: e noi radiologi italiani, senza reticenze, per la nostra dignità, in questo momento in cui le varie nazioni non solamente devono fare mostra della forza bruta delle loro armi, ma anche di tutte le loro risorse economiche, commerciali, intellettuali e morali, per la dignità del nostro paese, nel nostro campo dobbiamo desiderare e volere che i nostri reparti sanitari, di nulla mancando e perfettamente e sapientemente organizzati, siano forniti anche dei migliori e più perfezionati mezzi di ricerca radiodiagnostica e che accanto agli ottimi apparecchi trasportabili della nostra Sanità Militare, ci siano le perfette automobili radiologiche pronte ad accorrere sollecite dove più ardua e più difficile è l'opera del radiologo, e dove, data la loro costruzione e la loro potenzialità, non possono i primi essere sufficienti.

## IL TIFO ESANTEMATICO.

### **La profilassi del tifo esantematico al campo.**

LETTERA DAL CAMPO.

...... 8 luglio 1915.

Uno dei problemi che i medici militari hanno dovuto risolvere in questa campagna, subito dopo i primi scontri vittoriosi e la successiva avanzata in territorio nemico, è stato quello della profilassi di possibili epidemie che i soldati dell'esercito austro-ungarico prigionieri, potevano importare.

A prescindere dalle epidemie di tifo e di colera che sono state segnalate nell'esercito nemico, si sa che molti dei contingenti che abbiamo di fronte provengono dalla Galizia, ove il tifo esantematico fa tuttora strage fra le truppe tedesche, e la trascurata nettezza personale di questi soldati, che combattono da mesi e mesi e molto spesso sono affetti da pediculosi, non fa che accrescere i pericoli di trasmissione di tal temibile malattia.

Si sono dovute così improvvisare sul fronte estremo e con mezzi limitatissimi, delle vere e proprie stazioni di visita e disinfezione, che avanzano coll'avanzare delle nostre divisioni.

Come si sa il nostro Esercito è munito di potenti mezzi di disinfezione: primo e più importante le stufe sterilizzatrici locomobili da

campo; ma tali apparecchi, che sono in dotazione alle Direzioni di sanità di corpo d'armata, non possono che raramente trovarsi in posizione avanzata.

D'altra parte oltre la disinfezione degli effetti dei prigionieri, occorre provvedere anche alla loro pulizia individuale e ciò in località alpestre e priva di qualunque mezzo.

Presso la Divisione . . . . , incaricato di questo servizio, ho creduto di risolvere il problema nel modo seguente:

I prigionieri prima di aver alcun contatto con le truppe e con le popolazioni, vengono accompagnati alla località che provvisoriamente è stata prefissa come stazione di disinfezione.

In poche ore le donne dei paesi occupati possono fabbricare, con dei vecchi lenzuoli, parecchie di queste sopravvesti protettive, solo che loro se ne dia il modello.

Appena che i prigionieri sono giunti alla stazione di disinfezione vengono sottoposti ad una rapida tonsura e rasatura. L'operazione vien fatta all'aria aperta ed i residui di essa vengono subito bruciati sul terreno ove sono caduti.

Il cuoio capelluto vien poi stropicciato con batuffoli imbevuti di benzina o di acqua ammoniacale.

Poi gli individui sospetti son fatti spogliare dei loro abiti e biancherie ed entrano nei rispettivi camerini da bagno, ove trovano la tinozza piena di acqua calda previamente preparata. In piedi entro questa tinozza, e muniti di sapone potassico e di spazzolino, sono allora invitati e, se occorre, obbligati a procedere ad un'ampia e scrupolosa pulizia personale, ed in genere bisogna dire che si assoggettano assai di buon grado a tale operazione, che da molti mesi forse non hanno avuto la possibilità di attuare.

Per solito viene occupato a tale scopo un *tabiai* isolato dai centri abitati, costruzione assai frequente nelle Alpi dolomitiche.

Il *tabiai* si compone di un piano inferiore in muratura che è destinato al ricovero del bestiame ed un piano superiore in legno che serve di deposito e di essiccatorio per il foraggio.

A poca distanza dal *tabiai* si costruisce un piccolo baraccamento diviso in più scompartimenti, tale da ricordare un po' i camerini degli stabilimenti di bagni.

Ogni scompartimento è fornito di un'ampia tinozza di legno. Presso tale baraccamento si prepara poi una botte con coperchio mobile, piena di benzina.

Il personale addetto alla Stazione è difeso da speciali sopravvesti di tela completamente chiuse da lacci al collo ed ai polsi, e da calzoni che rivestono senza alcuna apertura piede, gamba e coscia, e porta in testa una specie di cuffia stretta al collo.

Gli abiti intanto vengono gettati entro la botte ed imbevuti abbondantemente di benzina, efficacissima, come si sa, nell'uccidere i parassiti ectodermici. Si adopera a preferenza la benzina, anche perchè è facile procurarsela al fronte, dai numerosi parchi del genio che ne posseggono grandi dotazioni.

Dopo il bagno i prigionieri vengono fatti rivestire provvisoriamente con altri abiti e rinchiusi nel piano terreno del *tabiai*, in attesa che la disinfezione delle loro vesti sia completa.

In qualche caso, quando oltre i parassiti ectogeni del tifo esantematico, si temano anche altre infezioni, si ricorre dopo qualche ora di immersione nella benzina, all'ebollizione o al lavaggio degli abiti con soluzioni antisettiche; meglio ancora, se è possibile date le distanze, si richiede la stufa sterilizzatrice locomobile alla Direzione di sanità di corpo d'armata.

Quando il giorno di poi i prigionieri escono dal *tabiai* per proseguire il loro viaggio verso le nostre retrovie, si può così ritenere con fondamento che il pericolo che essi diventino veicoli di infezione, specialmente per ciò che concerne il tifo esantematico, sia completamente sventato.

Cap. med. G. MENDES.

## Sulla profilassi del tifo esantematico.

J. P. Anderson discute (*Publ. Health Report*, 30 apr. 1915; *The Journal A. M. A.*, 1 mag. 1915) l'etiologia e la profilassi del tifo petecchiale. Egli ricorda i dati forniti da Nicolle per Tunisi: nel 1909 si erano registrati ivi 836 casi; nel 1912 i casi si ridussero a 22, in seguito ai tentativi diretti a distruggere i pidocchi e le loro uova negli abiti e sulle persone dei malati e delle persone con cui questi erano rimasti a contatto.

Nulla fa credere oggi che, al difuori dei morsi di pidocchi, la terribile malattia possa essere acquisita. Tutte le nostre misure debbono dunque mirare alla distruzione dei sudici insetti.

A tal uopo l'A. raccomanda, anzitutto, la nettezza, la quale può ottenersi mercè l'educazione e mercè la sorveglianza sugli uomini di truppa, i bagni, ecc.

In secondo luogo occorrerebbe distruggere gli insetti e le loro uova sul corpo, nella biancheria, nel vestiario, nei letti e negli oggetti personali dei colpiti, dei sospetti e di quanti hanno avvicinato questi ultimi. Per tale distruzione si può far uso di mezzi chimici e fisici. Conviene tener presente che i pidocchi hanno frequente bisogno di succhiare il sangue; perciò è facile trovarli sugli effetti di vestiario o di letto appena tolti dal contatto col corpo, mentre poi essi se ne allontanano.

Gl'insetti adulti risentono l'azione degli insetticidi chimici; ma le uova resistono; perciò il metodo di scelta è dato dal vapore d'acqua.

I sospetti ed i possibili portatori debbono prendere un bagno; in particolare i loro capelli e peli vanno accuratamente ripuliti; infine importa rivestirli a nuovo o con abiti disinfettati.

Altra misura importante è data dalla denunzia e dall'accertamento della diagnosi e dal consecutivo isolamento, il quale s'impone solo allorchè le persone con cui il malato sta a contatto sono sudicie ed ospitano i pidocchi: altrimenti il pericolo di diffondere il contagio è quasi nullo.

Il pidocchio ha un raggio d'azione minimo rispetto alla pulce od alla zanzara. La trasmissione da persona a persona ha luogo in seguito a contatti diretti e personali, ovvero mediante effetti usati da poco da un malato od anche occupando un posto (letto, camera) in cui è stato da poco un malato od un animale che ha fornito il sangue ai pidocchi precedentemente infettatisi.

Evidentemente questo stato di cose facilita non poco la profilassi.

Si è proposta anche la vaccinazione, ottenuta inoculando la forma leggera o morbo di Brill; questo, molto diffuso negli Stati Uniti, dà una mortalità forse non superiore all'1 %, mentre la forma grave, dominante in Serbia, uccide il 20 % dei colpiti ed anche più (talvolta sino ad oltre l'80 %); onde la questione merita di esser presa in esame; ma per ora siamo lontani da una soluzione.

Importa osservare che, secondo Plotz, il vaccino contro il tifo addominale giova anche contro il tifo petecchiale; ma un simile assunto va ancora comprovato.

R. B.

## Sulla distruzione dei pidocchi.

Pur troppo questo argomento è oggi d'importuna attualità, dacchè la vita di campo ed in specie quella di trincea riconduce abitudini di sporcizia che erano state sorpassate da tempo; ne consegue una diffusione straordinaria dei parassiti esterni ed interni: pidocchi, pulci, cimici, anchilostomi, ascaridi, si moltiplicano con rigoglio straordinario.

I pidocchi in particolare destano molta apprensione nelle autorità sanitarie militari, inquantochè questi ributtanti parassiti diffondono il tifo petecchiale, cioè una delle più terribili malattie infettive.

La distruzione dei pidocchi diviene dunque oggetto di molti studi nei paesi belligeranti.

Ce ne siamo già più volte occupati. Riassumiamo ora una comunicazione preliminare su questo soggetto, fatta da J. P. Kinloch, professore d'igiene all'Università di Aberdeen, pubblicata nel *British Medical Journal* (19 giugno 1915).

L'A. trova che i pidocchi sono di una resistenza straordinaria: se ne ottiene la reviviscenza dopo di averli immersi per un minuto in acqua bollente! È però da notare che, con-

trariamente ai batteri, resistono meno al calore secco anzichè a quello umido; è così che invece l'aria secca a 100° C. li uccide nello stesso tempo. Anche le lendini (uova) non resistono a questo trattamento.

I disinfettanti fenolici comuni, nelle concentrazioni abituali, non uccidono i pidocchi e le lendini, neppure dopo mezz'ora; divengono efficaci solo portandone la temperatura a 65°.

Gli oli volatili non dimostrano azioni insetticide: i pidocchi possono vivere per ore in un'atmosfera satura di olio di trementina, eucalipto, timo, ecc.; possono essere ravvivati dopo averli immersi in questi oli liquidi.

I pidocchi non vengono disturbati in modo apprezzabile da iodoformio, canfora, paraformio, allume, ecc.

Se affamati, pungono la pelle trattata con unguento di crisarobina, elleboro, balsamo del Perù, ecc., per quanto preferiscano la pelle pulita.

Un'azione insetticida netta è data solo dai corpi della serie paraffinica ed in particolare dal petrolio. L'immersione per un minuto nel petrolio uccide definitivamente i pidocchi e le loro uova; così pure l'esposizione per mezz'ora ai vapori di petrolio. Anche il benzene, il toluene, l'acetone, sono molto attivi. Ma tutte queste sostanze presentano lo svantaggio di essere infiammabili.

Certi cloro-derivati del metano, dell'etano e dell'etilene sono ancora più efficaci; di più presentano il vantaggio di non essere infiammabili. Per immersione essi uccidono pidocchi e lendini istantaneamente; allo stato di vapore in 5 minuti; un sapone al 2 % di tricoloroetilene od al 10 % di tetraclaroetano in mezz'ora.

Una soluzione di vasellina e dicloroetone o tricloroetone al 15 % spalmata sul corpo esercita una forte azione insetticida, la quale è manifesta ancora dopo ore; una soluzione di vasellina e petrolio al 25 % esercita un'azione di minore durata, ma pure abbastanza manifesta.

In pratica sono consigliabili il petrolio puro od il benzene (riteniamo che l'A. intenda riferirsi alla benzina comune del petrolio e non al benzene propriamente detto o benzolo, della serie aromatica). Vi si possono immergere gli abiti e ricuperare poi il prodotto mediante un estrattore.

Risponderebbe bene anche una soluzione saponacea di tricloroctilene al 2 % ovvero di tetracloroetano al 10 %, per pulire il corpo e per immergervi gli abiti.

Una soluzione di petrolio o di tricloroetilene al 25 % nella vasellina tiene sicuramente lontani gli insetti, ungendone il corpo una volta al giorno. R. B.



# SUNTI E RASSEGNE.

## MEDICINA.

### La cistinuria.

(GASTALDI. *Il Morgagni*, anno 56°, n. 70).

Si ha la cistinuria quando colle urine viene eliminata la cistina, sostanza facilmente riconoscibile per la forma dei suoi cristalli, fatti da tavolette esagonali, spesso riunite in gruppi, insolubili in acqua, alcool, etere e solubili invece in acidi minerali, alcali, ammoniaca, e per la sua reazione chimica caratteristica, dipendente dalla presenza di solfo non ossidato e facilmente scindibile, di guisa che l'urina di un cistinurico, trattata con potassa ed acetato di piombo, dà coll'ebollizione una colorazione nera, dovuta al precipitato di solfuro di piombo.

La cistina è costituente normale di molte sostanze proteiche e si trova in grande quantità come prodotto di scissione della cheratina e come facente parte della molecola dell'ovo-albumina. È importante la parte che essa ha nel ricambio dello zolfo, perchè contiene questo minerale sotto forma non ossidata e quindi facilmente scindibile, mentre lo zolfo in forma ossidata, che nei prodotti vitali si trova in combinazione eterea coll'acido solforico, non ha alcuna importanza nel ricambio animale.

Secondo le ricerche ultime la cistina è un disolfuro dell'acido α-amido-β-tio-propionico ed ha la seguente formola:

$$\begin{matrix} S - CH_2 - CH\,NH_2 - CO\,OH \\ S - CH_2 - CH\,NH_2 - CO\,OH \end{matrix}$$

La cistina ha una parte importante nella produzione della bile, per la formazione della taurina, che unendosi coll'acido colico forma il taurocolato della bile. Essa rappresenta inoltre la sorgente principale dei prodotti solforati, che si eliminano con le urine sotto forma di solfato, etere solforico, solfo neutro, solfo basico; ed è anche la fonte dei prodotti solforati di origine intestinale, quali l'idrogeno solforato, il metilmercaptano e il solfuro di etile.

La ricerca di cistina nelle urine normali è sempre negativa, poichè l'organismo normale ossida quantità anche notevoli di cistina.

Nelle urine generalmente torbide dei cistinurici, la cistina è in parte disciolta ed in parte sotto forma di un precipitato bianco-grigiastro, finemente granuloso, costituito dai caratteristici cristalli esagonali. Secondo alcuni autori esisterebbe un isomero della cistina, il quale cristallizzerebbe sotto forma di aghi; ma ciò è da altri autori negato.

La cistina si può mettere in evidenza nelle urine trasformandola in composto difficilmente solubile, mediante cloruro di benzoide, acetato di mercurio, fenilisocianato, acido fosfowolframico, ecc. La presenza di cistina nelle urine fa deviare a sinistra la luce polarizzata. Quantitativamente si dosa la cistina delle urine col metodo del cloruro di benzoile oppure determinando lo zolfo totale e sottraendo lo zolfo ossidato; in genere le urine dei cistinurici contengono quantità di cistina variabili da traccie a gr. 1.5 *pro die*.

La cistina è stata riscontrata anche come prodotto infiltrante dei più svariati organi o come costituente del sudore.

La cistinuria può presentarsi in qualsiasi età; il sesso non vi ha importanza; dubbia è l'eredità; sono stati descritti invece dei casi di cistinuria famigliare. La durata della cistinuria è variabile, potendo raggiungere anche i venti anni; essa può essere permanente o intermittente.

La patogenesi di questa affezione è ancora molto oscura: da alcuni autori è stato segnalato un rapporto tra cistinuria ed alcune malattie quali il reumatismo articolare, la cirrosi epatica, la gotta, la tubercolosi, ecc.; ma probabilmente si tratta di coincidenze, poichè molte volte la cistinuria decorre come malattia a sè. La cistinuria artificiale non è stata finora mai provocata, poichè l'organismo umano ossida quantità anche notevoli di cistina; si è riusciti soltanto a far ricomparire, mediante la somministrazione orale di questo amminoacido, la cistina in individui che già l'avevano presentata nelle urine. Solo in alcuni animali si è riusciti a produrre una eliminazione artificiale di derivati della cistina (cisteina), che per i rapporti che hanno col mercatptano vengono nominati acidi mercapturici.

A proposito di queste sintesi che hanno carattere di difesa (poichè la cistina si accoppia con altre sostanze dannose all'organismo come fa la glicocolla), bisogna ricordare che la cistinuria può essere accompagnata anche dalla eliminazione di diamine, specie della tetra e pentamelilendiamina, donde alcuni autori hanno concluso che la cistinuria sarebbe indice di una putrefazione intestinale specifica, la quale darebbe luogo a formazione di diamine (quali putrescina, cadaverina, ecc.), che, riassorbite, si legherebbero con la cistina, formando composti innocui, che solo successivamente si tornerebbero a scindere, passando per i reni. Ma sono state fatte a questa ipotesi numerose obbiezioni d'indole clinica e sperimentale, che qui non riferiremo, tenendo conto soltanto della conclusione cui esse han fatto giungere, e cioè che diaminuria e cistinuria sono due distinte manifestazioni morbose, le quali possono casualmente presentarsi contemporaneamente nello stesso individuo.

La cistinuria rimane così, secondo le esperienze di Loewy e Neuberg, un'alterazione del ricambio delle sostanze proteiche e specialmente degli aminoacidi. Il cistinurico non è capace di utilizzare nella misura normale uno dei prodotti intermedi della scissione delle proteine, la cistina, che quindi compare nelle urine. Ciò non esclude che, se il perturbamento del ricambio si aggrava, possa essere compromessa anche l'utilizzazione di altri aminoacidi, derivati dal catabolismo delle proteine, i quali vengono per ciò a comparire nelle urine, nè più nè meno di come avviene per i diabetici che oltre lo zuccaro possono eliminare corpi acetonici.

A seconda che questo ricambio proteico è più o meno profondamente leso, si possono distinguere tre gruppi di cistinurie.

Nel primo gruppo vanno messi i casi nei quali si ha eliminazione soltanto di cistina; il secondo gruppo comprende i casi nei quali pur essendo eliminata soltanto la cistina, è diminuita la capacità di utilizzare gli aminoacidi somministrati; nel terzo gruppo si ascrivono quei casi, nei quali l'alterazione del ricambio è così grave, da aversi oltre che la cistinuria anche la eliminazione di altri aminoacidi, quali tirosina, leucina, ecc.

Non è ancora chiaro perchè si abbia questo arresto del ricambio intermedio delle proteine, limitato o meno alla cistina. Alcuni autori hanno messo in rapporto questo fatto con particolari alterazioni nel riassorbimento di un prodotto difficilmente solubile come è la cistina, più o meno conseguenza di uno speciale stato molecolare rappresentato da labilità del gruppo solforico nella molecola dell'albumina. Ricerche più moderne attribuirebbero questo alterato ricambio della albumina a turbe dell'attività fermentativa delle cellule, lasciando impregiudicato il fatto se queste turbe siano estese a tutte le cellule dell'organismo o limitate a speciali gruppi cellulari costituenti determinati organi. Per questa ultima ipotesi parlano dati clinici, rappresentati dal fatto che, per esempio, la leucina e la tirosina si riscontrano particolarmente in individui con malattie epatiche, e che nei cirrotici la cistina somministrata viene eliminata assai lentamente, persistendo l'aumento dello zolfo urinario per molti giorni. Il concetto che la cistinuria sia un'affezione prevalentemente epatica trova la sua conferma nelle ricerche di Blum, il quale, somministrando cisti-

na per bocca o iniettandola nella vena mesenterica (ed obbligandola quindi a passare per il fegato) non ha visto mai comparire cistinuria, che invece si appalesa se si inietta cistina in modo da evitare il fegato.

La sintomatologia clinica della cistinuria è assai limitata e la malattia per lo più viene, dopo lunghi anni, scoperta casualmente, quando cioè per la produzione di sabbia o di calcoli le masse di cistina danno luogo a disturbi più o meno gravi. I calcoli di cistina sono generalmente assai piccoli, gialli o bruni, rilevabili coi raggi X, mollicci, friabili. L'urina dei cistinurici è generalmente alcalina e dà luogo a precipitazione di sali di calcio o di magnesio per la diminuita produzione dell'acido solforico.

La prognosi della cistinuria è buona.

La cura, prescindendo dai casi in cui disturbi meccanici da calcoli richiedono l'intervento chirurgico, è pressochè nulla, riuscendo quasi impossibile modificare l'alterato ricambio e la comparsa nelle urine di questa sostanza insolubile. È stato tentato di produrre o acidi mercapturici somministrando bromobenzolo, o taurocolato somministrando acido colico: ma col primo mezzo si riesce a produrre soltanto troppe piccole quantità di acido mercapturico, ed il secondo è inattuabile dato l'altissimo costo dell'acido colico.

Scarso valore ha la limitazione delle albumine alimentari.

Per favorire la solubilità della cistina, alcuni autori consigliano di ingerire molti liquidi, ed il Reale raccomanda l'uso del carbonato d'ammonio: ma in pratica nessuno di questi mezzi ha dato notevoli risultati.

GIUSEPPE SABATINI.

## CHIRURGIA.

### Il trattamento operatorio delle malattie delle vie biliari.

Körte in una conferenza detta a Berlino (*Zeitschrift ärztliche Fortbildung*, 1915) espone i criterî che si debbono seguire nel giudicare della necessità di cure operatorie nelle malattie delle vie biliari.

Nella colelitiasi semplice non infiammatoria e non infettiva, l'intervento chirurgico per solito non è indicato. Per lo più gli attacchi di colica biliare non sono troppo frequenti nè violenti e la malattia ritorna allo stato di latenza sottoponendo il paziente ad un adeguato regime ed a qualche cura idropinica.

Nella colecistite acuta invece l'indicazione chirurgica è più frequente. Nel maggior numero dei casi tale affezione si sviluppa in conseguenza dell'ostruzione dell'orificio del canale cistico da parte di un calcolo. La colecistite acuta può anche non essere in rapporto ad un calcolo, ma anche in questi casi la sua causa è la ritenzione di bile, che invece di essere prodotta dall'ostruzione per un calcolo, è prodotta dalla tumefazione infiammatoria del canale di escrezione. Nella colecistite acuta il materiale ristagnante nella cistifellea, bile e muco secreto dalla parete viene infettato da batteri (coli, tifo, stafilococchi e streptococchi) provenienti dall'intestino e di rado anche dal sangue. Sotto l'azione di questi batteri il contenuto ristagnante si scompone e diventa purulento, talvolta ematico per sangue proveniente dalle ulceri da decubito della parete della cistifellea. Questa così vien distesa eccessivamente, donde i dolori che in alcuni casi sono così forti da richiedere l'uso della morfina. Può svilupparsi poi infiammazione flemmonosa delle pareti, una suppurazione tra cistifellea e fegato, degli ascessi incapsulati della parete libera della vescica biliare, ed in qualche caso anche gangrena della parete e perforazione con svuotamento nella cavità addominale. La cistifellea in questi casi è molto tumefatta, si palpa in forma di un tumore rotondeggiante, assai dolente, a livello dell'arcata costale destra. Spesso viene scambiato col fegato o con un focolaio di perisiflite poichè la cistifellea può giungere col suo margine inferiore fino alla regione del cieco. In questi casi l'infiammazione può estendersi al peritoneo e generalizzarsi come accade nell'empiema acuto gangrenoso dell'appendice. Tuttavia nella cistite acuta raramente il pericolo diventa così grave e la cura medica è sufficiente a dare la guarigione, mentre le aderenze omentali impediscono la diffusione del processo infiammatorio. Ma per la perdita della elasticità e contrattilità della cistifellea permane la possibilità di ripetizione di attacchi acuti con tutti i loro pericoli. Da ciò la necessità, specie nei casi gravi, dell'intervento chirurgico. Di regola va praticata la cistectomia.

La colecistite cronica può essere una conseguenza di quella acuta o anche svilupparsi gradatamente in seguito ad accessi ripetuti di coliche biliari. In rapporto al grado dell'infiammazione e alla durata della malattia la parete è più o meno ispessita per l'accumulo di connettivo e quindi la sua contrattilità è più o meno diminuita. In alcuni casi la cisti è rattrappita attorno ai calcoli, in altri si forma un empiema cronico. L'intervento chirurgico s'impone quando gli attacchi infiammatorî si ripetano a breve

scadenza e siano molto violenti, in modo da costituire un vero tormento per il paziente, ovvero quando i disturbi dispeptici provochino un grave dimagramento e i dolori continui determinino delle forme neurotiche. In alcuni casi insorgono repentinamente complicazioni gravi come colangite, ascesso epatico, trombosi della porta, fatti che rendono l'intervento chirurgico tardivo ed inutile.

Al riguardo bisogna notare come lo stimolo cronico esercitato dai calcoli può predisporre lo sviluppo del carcinoma. In generale si può affermare che l'intervento è necessario quando la cistifellea rimane dolente anche tra un accesso e l'altro e le cure interne rimangono inefficaci; ed è assolutamente indispensabile per evitare il peggio quando compaiono brividi, febbre, ittero. La diagnosi della colecistite cronica non è sempre facile. L'empiema, i focolai di suppurazione nelle adiacenze, le aderenze estese, la degenerazione della parete non si manifestano all'esame clinico con quella intensità corrispondente al grado di alterazione che poi si riscontra all'operazione. In molti casi la cistifellea non si palpa perchè coperta dal fegato o da aderenze coll'omento o coll'intestino: solo all'arco costale si apprezza una resistenza a limiti indecisi e sensibilità alla pressione.

L'idrope della cistifellea decorre per lo più senza disturbi o solo lievi. Ma quando il liquido s'infetta sopravvengono facilmente disturbi acutissimi e talora anche rottura della cisti. L'intervento chirurgico ad ogni modo dà sempre dei risultati migliori quando s'interviene prima che il contenuto della cistifellea s'infetti.

La calcolosi del condotto biliare maggiore (epatico e coledoco) segue per lo più ad una calcolosi della cistifellea. La presenza dei calcoli nel coledoco costituisce sempre una complicanza pericolosa, perchè possono provocare subdolamente colermia, colangite ed altre malattie del fegato. Talora il calcolo abbandona il coledoco spontaneamente per la via naturale, o più raramente ed in modo pericoloso passando nell'intestino attraverso un'ulcerazione della parete. Il sintoma principale per quanto non costante della calcolosi del coledoco è la itterizia di vario grado. In molti casi si hanno anche accessi febbrili intercorrenti e dolori colici, durante gli intervalli dei quali l'infermo avverte sempre un senso di fiacchezza e di abbattimento, di oppressione all'epigastrio. L'intervento chirurgico in queste forme è indicato per scongiurare i pericoli derivanti dalla colemia, cioè dalla tossiemia dovuta al riassorbimento della bile nel sangue, che produce debolezza del cuore e tendenza alle emorragie capillari.

Non si interverrà subito che sia comparso l'ittero, perchè talora dopo qualche tempo la ostruzione scompare spontaneamente, ma quando ciò non sia avvenuto in 4-6 settimane bisogna senz'altro operare.

Le conseguenze delle operazioni di colelitiasi quando si intervenga a tempo opportuno e con tecnica rigorosa possono essere anche nulle.

I dolori persistenti dopo l'operazione possono dipendere da piccoli calcoli non asportati e rimasti in loco, da aderenze, da disturbi neurotici, o anche dal fatto che il paziente non si è assoggettato a quella dieta rigorosa che è indispensabile per non affaticare le già deboli condizioni dell'apparato digerente.

In ogni caso per evitare la possibilità di riproduzione di calcoli è sempre conveniente praticare la cistectomia, che d'altra parte, malgrado il parere contrario di altri autori, non produce mai disturbi degni di rilievo nella funzione epatica e del tubo digerente.

DRAGOTTI.

## NEUROLOGIA.

### Ritenzione di urina di origine nervosa.

(COHN. *Berliner Klinische Woch.*, 1915).

Nella maggioranza dei casi di ritenzione di urina si riesce con un esame accurato a metterne in evidenza la causa precisa. Questa causa è per lo più meccanica ed è costituita da un'ostruzione dentro o fuori la vescica. Negli uomini la causa più comune di ritenzione è una malattia acuta o cronica dell'uretra e della prostata. Ma anche una malattia muscolare, specialmente la degenerazione del muscolo detrusore della vescica, può determinare ritenzione di urina. Casper ha recentemente dimostrato che questa degenerazione si può trovare spesso nella vescica senile e ne ha descritte tre forme. In una c'è una marcata ipertrofia del connettivo perifasciculare, in un'altra la ipertrofia del connettivo è maggiore nell'area intrafasciculare, nella terza non c'è una notevole ipertrofia del connettivo, ma il muscolo è largamente sostituito da tessuto elastico e connettivo.

Le malattie organiche del sistema nervoso centrale sono spesso accompagnate da disturbi della minzione, e tra essi la ritenzione è la più comune. Anzi i disturbi sono spesso i primi segni della tabe, della sclerosi multipla, della siringomielia, dell'emorragia e dei traumi del sistema nervoso centrale. Ma benchè molti casi di ritenzione di urina possano attribuirsi a malattie del sistema nervoso, ci sono molti al-

tri casi in cui non si riesce a rintracciare alcuna lesione nervosa. In tali casi il medico non può far altro che riportarsi ad una diagnosi di neurastenia o di isteria o di contentarsi della frase ambigua di « vescica irritabile ». Eppure spesso questi casi non costituiscono che sintomi premunitori o iniziali di tabe o paralisi generale a tipo tabetico.

Grazie a metodi più esatti di diagnosi, come la cistoscopia e la radiografia, molti casi di malattie organiche dell'apparato urinario sono stati riferiti alla loro vera causa. Knorr, per esempio, con esami cistoscopici sistematici ha potuto dimostrare che la minzione frequente « nervosa » è meno frequente di quel che generalmente si crede. In molte centinaia di casi che sarebbero stati diagnosticati come « vescica irritabile » egli mise in evidenza una cistite, il cui trattamento fece sparire la eccitabilità della vescica. Schwarz ha recentemente dimostrato che la diminuzione dell'attività funzionale delle ovaie può provocare la cosidetta « pollakuria nervosa ». Nell'uomo disordini della vescica ritenuti puramente funzionali possono essere anche essi riportati ad una lesione organica quando si esamini accuratamente l'uretra posteriore come in questo caso:

Un uomo di 28 anni senza precedenti morbosi e senza aver mai contratta la blenorragia rimase per 18 ore incapace a mingere: avvertiva contemporaneamente un senso di torpore nella regione della vescica. Cateterizzato si estrasse dell'urina limpida e senza albumina. L'esame cistoscopico, come quello del sistema nervoso, risultò assolutamente negativo, ma quando fu introdotto l'urotroscopio di Goldschmidt nell'uretra posteriore si rilevò un ingrandimento del *colliculus seminalis*. La ritenzione di urina persistette cinque giorni, durante i quali il paziente fu cateterizzato applicando contemporaneamente alcune goccie di adrenalina nell'uretra posteriore a mezzo della siringa di Guyon. Al sesto giorno il paziente ricominciò ad urinare e pochi giorni dopo con un nuovo esame si potette dimostrare che l'ingrossamento del *colliculus seminalis* era scomparso.

È ovvio che se non si fosse rilevato questo ispessimento, il caso sarebbe stato diagnosticato come ritenzione nervosa. L'ispessimento del *colliculus* fu probabilmente determinato dalle pratiche masturbatorie cui il soggetto era abituato.

Ma per quanto i casi di ritenzione di urina di origine nervosa siano meno comuni di quel che si credeva, pure è certo che essi esistono. Così una cucitrice di 19 anni soffrì una ritenzione di urina per un anno e mezzo, durante il quale fu costantemente cateterizzata. Non esisteva nessuna malattia locale o organica del sistema nervoso. La ritenzione scomparve il giorno in cui si avvertì l'inferma che doveva essere sottoposta ad una grande operazione.

Una donna maritata di 58 anni aveva sofferto di ritenzione di urina per 8 anni, durante i quali si era cateterizzata da sè. Essa domandò consiglio ad un medico perchè una porzione del catetere si era rotta ed era rimasta nella vescica. Alla cistoscopia si trovò un leggero grado di cistite, molte trabecole e diverticoli ed un pezzo di catetere al fondo della vescica. Esso fu rimosso a mezzo di un forcipe introdotto a lato del cistoscopio, ed alla paziente si disse che così era stata tolta anche la « valvula » che essa riteneva impedisse la minzione. Da quel momento la minzione ritornò normale e fu perciò confermata la diagnosi di ritenzione isterica. All'infuori di un'esagerazione del riflesso patellare la paziente non presentava nulla di anormale a carico del sistema nervoso.

La ritenzione nervosa funzionale può verificarsi anche negli uomini, ma è rara. La diagnosi può essere aiutata dalla misurazione della pressione intravescicale a mezzo di un manometro. Questo mette in evidenza notevoli variazioni di pressione nei varî pazienti, ma queste variazioni sono l'espressione di uno specifico disturbo della vescica. Essa può indicare, per esempio, il grado di contrattilità della vescica, e, quando la ipertrofia della prostata o il restringimento uretrale provoca una ritenzione di origine meccanica, la pressione intravescicale si trova aumentata. D'altra parte quando la ritenzione non dipende da ostruzione meccanica, la pressione è molto bassa. Così in un caso nel quale si era manifestata una completa ritenzione di urina in seguito ad operazione bilaterale di ernia e di idrocele, ritenzione che non potette essere messa in conto di un'ostruzione meccanica, si trovò una pressione vescicale straordinariamente bassa. Il manometro mostrava una variazione solo dopo che nella vescica erano stati iniettati 300 grammi di una soluzione boracica, quando si raggiunsero i 600 grammi il manometro registrava una pressione di 5 cm. di acqua, con 900 grammi 10 cm. e con 1300 grammi 25 cm. D'altra parte in un neurastenico sofferente di pollakuria la introduzione di soli 75 grammi di liquido produsse un aumento della pressione vescicale di 30 cm., e quando il liquido introdotto raggiunse i 200 grammi la pressione salì a 40 cm., ed il paziente poteva appena trattenere il liquido.

Le forme nervose funzionali della ritenzione di urina sono caratterizzate dall'assenza di ogni

fatto che possa spiegare il disturbo e da un'abnorme diminuzione della pressione intravescicale; d'altra parte gli individui che ne sono affetti presentano per lo più una vescica ricca di trabecole ed una esagerazione dei riflessi patellari.

DRAGOTTI.

## DERMATOLOGIA.

### Intorno all'etiologia e cura della psoriasi.

(SCHAMBERG, RINGER, RAIZISS, KOLMER. *The Journal of the American Medical Association*).

In questi ultimi due anni gli AA. hanno avuto l'opportunità di fare delle ricerche sul causa e le natura della psoriasi, e di cercare di trarne i possibili vantaggi per la cura di questa malattia.

Molte teorie sono state sostenute intorno alla patogenesi della psoriasi, ma nessuna ha resistito alla critica.

Le tre teorie più importanti sono: 1° la teoria parassitaria; 2° la teoria dell'alterato ricambio materiale; 3° la teoria dell'origine neuropatica. Quest'ultima teoria, benchè sostenuta da autori illustri, ha poco valore.

Gli AA. si sono proposti di studiare questo argomento soltanto dal punto di vista batteriologico e dal punto di vista del metabolismo. Hanno costantemente cercato di dimostrare la presenza di speciali microrganismi nelle squame, nel siero, nella pelle e nel sangue dei soggetti malati di psoriasi, ma senza mai scoprire germi che avessero rapporti etiologici con la malattia. Furono isolati 22 microbi differenti dalle squame di psoriasi, e furono tutti studiati nei loro caratteri speciali. Da questi batterî isolati, furono preparati dei vaccini, i quali però non dimostrarono nessuna efficacia terapeutica sulla malattia. Ogni mezzo di cultura speciale è stato inutilmente sperimentato. Così nulla si è ottenuto dall'ultra-microscopio. Si può conchiudere che nessun germe è stato finora dimostrato patogeno di questa malattia.

Gli AA. hanno esaminato il metabolismo di circa una dozzina di psoriasici. Evidentemente ciò che prima colpisce la nostra attenzione è il ricambio delle sostanze proteiche. Queste ricerche sul ricambio dell'azoto furono condotte su pazienti tenuti sotto un vero regime di rigore.

I cibi che si somministravano venivano analizzati e pesati, e si determinava accuratamente lo azoto totale delle urine e delle feci. Quanto più era possibile, si raccoglievano le squame che si eliminavano, e si determinava il loro contenuto in azoto. Questi pazienti furono tenuti in osservazione per periodi di tempo varianti dai 14 ai 168 giorni, tenendo conto dei disturbi qualitativi e quantitativi del metabolismo delle sostanze proteiche, curando che la loro dieta contenesse quantità determinate di azoto e rappresentasse un determinato valore di calorie.

Comparando l'azoto ingerito con l'azoto eliminato, si è potuto stabilire l'equilibrio.

In queste ricerche risultò subito che i pazienti affetti da questa malattia presentano un'alterazione speciale del metabolismo proteico. Essi hanno la proprietà di ritenere piuttosto notevoli quantità di azoto con una dieta che nei soggetti normali appena basta a mantenere l'equilibrio. Con una dieta ricca di circa 20 gr. al giorno di azoto, se ne aveva un'enorme ritenzione. E, ciò che è più importante, con una dieta povera di azoto (circa 4 gr. al giorno), con la quale i soggetti normali con difficoltà riescono a mantenere l'equilibrio, i pazienti di psoriasi hanno il potere di alterare talmente il loro metabolismo proteico da mantenere con grande facilità l'equilibrio. Essi hanno il potere di ridurre l'azoto delle urine ad un livello straordinariamente basso.

Clinicamente, si osserva un perfetto parallelismo fra il metabolismo delle sost. proteiche ed il decorso dell'eruzione. Nel periodo attivo dell'eruzione, una dieta ricca di sost. proteiche provoca una forte diffusione della malattia, mentre che una dieta scarsa di sostanze proteiche ne determina un miglioramento, anche se non si pratichino cure locali.

Di che natura è il rapporto fra il metabolismo delle sostanze proteiche ed il processo psoriasico della cute?

Quale è la causa della ritenzione d'azoto nella psoriasi?

Una delle maggiori caratteristiche della psoriasi è la rapida proliferazione delle cellule epiteliali, che subito si corneificano e vengono eliminate sotto forma di squame.

Ripetute analisi hanno dimostrato che queste squame risultano composte quasi esclusivamente di proteina pura: la desquamazione intensa che si ha nelle forme gravi di psoriasi rappresenta una perdita di considerevoli quantità di materiali proteici.

Le cellule epiteliali per vivere e moltiplicarsi hanno bisogno di grandi quantità di sostanze proteiche, che prendono dal sangue e dalla linfa. Ogni forma di dieta che tenda ad aumentare la concentrazione di amino-acidi nel sangue e nella linfa, accelera per questo l'accrescimento e la moltiplicazione di queste cellule. E perciò una dieta ricca di albuminoidi favorisce la diffusione delle lesioni psoriasiche. Una dieta povera pare

invece che agisca in senso contrario, abbassando la concentrazione degli amino-acidi, e riducendo il catabolismo proteico al minimo livello possibile.

Non è nocivo tenere l'organismo per un lungo periodo di tempo a dieta ipoazotata, purchè la somma di calorie sia sufficiente a mantenere il peso del corpo. Chittenden ha sostenuto di poter mantenere l'organismo umano con 6 gr. di azoto al giorno, ed Hindehede anche con minori quantità per lunghi periodi di tempo.

Gli AA. danno con sufficienti particolari due tavole di due differenti tipi di dieta da loro adoperata nel trattamento dei loro malati di psoriasi: l'azoto vi è rappresentato in gr. 4-5 al giorno, mentre non manca una somma di calorie sufficienti ai bisogni di un uomo che debba lavorare.

È bene misurare l'azoto totale delle urine delle 24 ore una volta la settimana: se il paziene osserva la dieta prescritta, l'azoto non deve essere più di 3.5-4 gr. Se supera tali cifre, si può presumere che il paziente non mantiene la dieta assegnata.

Alcuni dermatologi hanno sperimentato queste restrizioni nella dieta della psoriasi, senza ottenere questi risultai benefici. Gli AA. sostengono che più grave e diffusa è l'eruzione, e più facilmente essa potrà essere influenzata dalla dieta appropriata; più difficilmente invece lo sarà, se l'eruzione è limitata. Essi dicono che quest'affezione deve essere favorevolmente o sfavorevolmente influenzata dalle variazioni del regime dietetico, e che in nessun caso delle loro ricerche la dieta per sè sola ha mancato di dare un notevole miglioramento della malattia. I risultati migliori si sono ottenuti nei casi curati nell'ospedale, perchè quivi il regime dietetico poteva essere meglio mantenuto.

È necessario non superare i 5 gr. di azoto al giorno. Non si può precisare quanto debba durare la dieta ipoazotata: alcune settimane di questo regime in genere basteranno a modificare la reattività della cute ai medicamenti esterni, così che un'eruzione acutamente attiva, tale da non permettere l'uso della crisarobina, potrà dopo giovarsi prontamente di tale cura locale.

Per le condizioni generali di nutrizione e di salute del paziente, potrà essere necessario di non prolungare troppo questo regime dietetico. Gli AA. l'hanno trovato utile anche in altre dermatosi diffuse, e in alcuni casi senz'altra cura locale: in casi ribelli di dermatite esfoliativa, di eczemi generalizzati, di dermatite erpetiforme.

Nella psoriasi, nella dermatite esfoliativa e malattie affini, nelle quali vi è intensa moltiplicazione ed eliminazione di cellule epiteliali, la dieta ipoazotata produce un miglioramento della malattia quasi per un processo di inedia che la cellula epiteliale subisce.

*Proprietà germicide della crisarobina.* È nota l'azione benefica e pronta della crisarobina nella psoriasi. Nessun medicamento è pari ad essa per la rapidità degli effetti. In molti casi essa agisce quasi come un rimedio specifico locale.

È stato utile lo studio delle proprietà germicide della crisarobina ed altri medicamenti usati nella psoriasi, anche per l'aiuto che ne è derivato nella interpretazione della natura della malattia. È evidente che se la crisarobina risultasse un potente parassiticida, questo fatto avrebbe gran valore per la patognesi della psoriasi.

Questo studio presentava delle difficoltà per la insolubilità della crisarobina in acqua. Gli AA. perciò dovettero cercare un metodo di determinazione dell'azione germicida delle sostanze insolubili. Per fortuna, sperimentarono dapprima l'azione germanicide del calomelano, che *in vitro* dimostrò di possedere il massimo potere germicida di ogni altro medicamento, pari a quello del bicloruro di mercurio. Dimostrata per le sostanze insolubili la proprietà battericida in terreni solidi nelle capsule del Petri, gli AA. con lo stesso metodo studiarono la crisarobina e trovarono che questa, anche in dosi eccessive, non ostacola la cultura dei batterî e dei funghi.

Gli AA. non vogliono trarre da tutto ciò conclusioni definitive.

Essi osservano semplicemente che la crisarobina, il medicamento più efficace contro la psoriasi, non dimostra praticamente alcun potere germicida. Al contrario, il calomelano che è un potente germicida, influisce molto debolmente sulle chiazze della psoriasi.

*Azione biochimica e chemioterapeutica della crisarobina.* Gli AA. hanno studiato le alterazioni che la pelle subisce per effetto dell'applicazione della crisarobina.

È noto che per azione della crisarobina la pelle assume un color mogano, che dura finchè non si abbia la completa eliminazione delle cellule cornee colorate. Pare che quanto più è forte il grado di colorazione della pelle, tanto maggiore è l'efficacia della crisarobina nella psoriasi. La crisarobina avrebbe una forte affinità chimica per alcuni elementi della cellula proteinica. In verità la colorazione delle squame mediante la crisarobina è una combinazione molto più stabile della colorazione con qualsiasi colore d'anilina.

La colorazione della pelle pare sia intimamente legata coi processi di ossidazione. La crisarobina è un potente riducente, ed estrae l'ossigeno dalla proteina delle cellule, giacchè questa ossidazione può aver luogo in atmosfera d'idrogeno.

Perciò è da ritenere che l'azione della crisarobina sia dovuta a questi due fattori: alla sua affinità colla proteina delle cellule epiteliali ed al suo potere riducente.

Ciò forse potrà spiegare l'efficacia della crisarobina nella psoriasi, poichè la sua azione consiste nell'ostacolare la grande attività proliferativa delle cellule epidermiche, che caratterizza il processo psoriasico.

*alfa.*

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Società Medica Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni d'interesse medico-chirurgico.

Prof. A. LANFRANCHI (direttore della R. Clinica medica veterinaria). *Su la possibile trasmissione delle tripanosomiasi animali nell'uomo.* — La infezione tripanosomiaca contratta dall'O. in laboratorio ha riaperta la questione se sia possibile che, tripanosomi ritenuti patogeni solo per gli animali, infettino anche l'uomo sia pure eccezionalmente. E poichè nel suo laboratorio l'O. mai aveva avuto l'agente della malattia del sonno, ma solo studiava il tripanosoma evansi, il brucey e quello della surra, sulla identità dei quali nessun dubbio poteva sorgere, l'O. si pone la questione quale fosse la natura del virus dal quale è rimasto infettato.

Mesnil e Blanchard (1914) hanno cercato di risolvere tale problema eseguendo delle ricerche, sia sopra il virus che l'O. aveva in laboratorio, sia sopra quello del quale l'O. medesimo era infetto. Riferendo tali ricerche, l'O. mostra che il problema non è stato risolto e che appunto gli AA. ricordati non si sono pronunziati in merito ed hanno dato al *virus* studiato il qualificativo «lanfranchi», senza annettervi un significato specifico. Per contribuire alla risoluzione di tale problema, l'O. ha studiato il comportamento del suo siero di fronte a diversi virus tripanosomiaci in rapporto al potere agglutinante, tripanolitico, protettore, e ha ricercate le reazioni di precipitazione e di fissazione del complemento del suo siero di fronte ai sieri di animali infetti dagli stessi virus. Questi virus, oltre lo specifico, furono il gambiense, il rodesiense, l'evansi e il brucey. Le conclusioni ultime alle quali l'O. perviene sono: il *virus lanfranchi* sarebbe da riportare (per non usare il termine: identificare) più al gambiense che non all'evansi per il potere tripanolitico, e al virus della surra per il potere protettore e più ancora per l'agglutinazione, precipitazione e fissazione.

Il presidente, i soci tutti, mentre si congratulano col prof. Lanfranchi non tanto per le sue ricerche quanto per lo scampato pericolo della sua malattia, gli augurano vivamente di guarire in modo completo.

Prof. E. GIACOMINI (direttore del Museo di anatomia comparata). *Presentazione di girini di rana esculenta nutriti con tiroide della stessa specie.* — Richiamati i suoi precedenti esperimenti, l'O. espone questi nuovi che dimostrano, che la tiroide di rana esercita sopra i girini della medesima specie la stessa azione acceleratrice la metamorfosi dimostrata dalla tiroide di bue o di mammifero in genere, e che le paratiroidi di rana come pure il timo e la milza non manifestano alcuna influenza.

Dott. C. GAMBERINI (aiuto chirurgo dell'Ospedale Maggiore). *Stenosi cicatriziale dell'esofago insuperabile.* — Presenta un uomo operato di gastrostomia col metodo Witzel, la quale operazione venne giudicata d'urgenza per lo stato d'estrema inanizione del malato, digiuno da otto giorni per disfagia gradatamente sempre più grave fino a giungere assoluta, così da non permettere neppure l'introduzione di tracce di liquido, vano riuscendo d'altra parte ogni tentativo di sondatura. Alimentato pertanto il malato attraverso la fistola gastrica, esso potè reggersi dopo 12 giorni l'operazione e aumentare via via di peso. Ma l'esofago, lasciato così in riposo assoluto, non migliorò spontaneamente dalla sua stenosi assoluta, più volte diagnosticata radiograficamente all'estremo inferiore del suo tragitto intratoracico e originatasi in seguito ad ingestione di acido nitrico a scopo suicida.

Il disserente ideò uno speciale sistema di cura della stenosi esofagea. Introdusse fino al limitare dell'esofago una pallina di piombo fissata a un filo di seta; lasciò gran parte di questo nella bocca e ne fissò l'altro estremo all'orecchio. Dopo 18 ore la pallina giunse allo stomaco. Attraverso la fistola praticò l'endoscopia gastrica usando il cistoscopio, e poi sulla guida praticò la dilatazione lenta graduale dell'esofago con bugie conico-olivari Bouchard, trascinandole dall'alto al basso della bocca fino a fuoriuscire dalla fistola. In meno di un mese il malato poteva usare una doppia alimentazione, per bocca e per la fistola, dopo un altro mese l'alimentazione si compiva esclusivamente per la bocca. Fu poi dimesso in condizioni eccellenti di salute, sotto ogni rapporto, cresciuto di oltre 17 chili di peso dal giorno dell'atto operativo.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### Ulcera gastrica e dolori intercostali.

È noto il fatto, quantunque non sia molto frequente, che l'ulcera dello stomaco con manifestazioni dolorose toraciche, sotto forma di iperestesie cutanee od anche di nevralgie intercostali.

Il Cavina (*Riv. critica di clinica med.*, n. 8, 1915) riporta un caso di questo genere. Un uomo, il quale per cinque anni aveva sofferto, una o due ore dopo il pasto di mezzogiorno, senso di peso epigastrico e bruciore retrosternale, ad un dato momento cominciò ad avvertire crisi dolorose violente irradiandosi a cintura verso lo sterno, lungo il decorso delle coste; tali accessi, che lo obbligavano ad abbandonare il lavoro e ricorrere ad impacchi molto caldi, insorgevano quasi ogni giorno verso mezzodì e verso le sei di sera, cioè dopo circa 3 ore dalla colazione e 3-4 ore dopo il pranzo. Essendo il paziente morto, dopo gravi ematemesi, in seguito ad un'infezione renale intercorrente, fu riscontrata all'autopsia un'ulcera semplice della piccola curvatura gastrica.

L'A. ritiene che questi dolori intercostali — i quali giova ricordare che sovente si associavano perfettamente con dolori epigastrici — siano stati in dipendenza dell'ulcera gastrica.

L'interpretazione di questi fenomeni toracici dolorosi in caso di ulcera gastrica è oggidì abbastanza chiarita. Sopratutto per opera di clinici inglesi è stato dimostrato che dagli organi malati partono stimoli dolorosi, i quali, battendo la via del simpatico, giungono al midollo, dove eccitano le cellule nervose immediatamente vicine, le quali alla loro volta reagiscono secondo la loro funzione, se sono cioè di senso o di moto, o per meglio dire se sono punto di arrivo di fibre nervose sensitive o se sono punto di partenza di fibre nervose motorie. Queste cellule nervose vengono cioè stimolate dal simpatico per irradiazione come se venissero eccitate per mezzo di stimoli che giungessero ad esse per le vie nervose normali, con cui sono in relazione.

La sensazione dolorosa determinata in queste cellule viene però dal cervello riferita a quel territorio cutaneo o muscolare, cui i gruppi cellulari stimolati presiedono. Quando naturalmente si tratta di sensazioni dolorose leggiere si hanno semplici fatti di iperalgesia in zone di distribuzione periferica di determinati nervi sensitivi (zone di Head) o si hanno minime contrazioni di certi gruppi muscolari.

Basandoci su queste nozioni fondamentali possiamo stabilire la via seguìta da stimolazioni provenienti da un'ulcera gastica, per provocare quello che Mackenzie chiamò con termine generico riflesso viscero sensitivo.

L'anatomia insegna che ogni nervo intercostale fornisce, presso la sua origine, un ramo anastomatico al gran simpatico.

I filetti nervosi degli ultimi otto intercostali, unendosi col gran simpatico formano il grande e piccolo splancnico ed il plesso solare. Ora se vengono irritate le fibre di questo plesso, per i rapporti descritti e col meccanismo riferito la irritazione si propaga ai centri di origine dei nervi intercostali, determinando i fatti dolorosi che vengono poi proiettati nel territorio di distribuzione periferica di detti nervi.

Nel caso di ulcera gastrica si capisce come si possa avere l'irritazione dei plessi nervosi che abbracciano il ventricolo, e quindi si possano avere le algie toraciche.

Circa l'ora di insorgenza di questi dolori, l'A. aggiunge ancora qualche considerazione, a proposito del caso riportato. Si è già detto che spesso si accoppiavano in questo infermo, persistendo per lo stesso periodo di tempo, dolori epigastrici e dolori intercostali. Questi dolori epigastrici, insorgenti alcune ore dopo i pasti, appartengono ai cosidetti dolori tardivi e sono dovuti a spasmi della muscolatura gastrica, maggiormente vivaci appunto alcune ore dopo il pasto, probabilmente in rapporto colla maggior quantità di HCl libero presente: questi spasmi della muscolatura gastrica, e specie della porzione pilorica, riescono dolorosi sia comprimendo i plessi nervosi intragastrici, sia determinando rapida e forte distensione del segmento dello stomaco immediatamente sovrastante al punto ove c'è lo spasmo.

Per spiegare la contemporanea insorgenza di dolori intercostali, col meccanismo descritto, si deve ammettere che gli stimoli centripeti spinali partissero a livello dell'ulcera, durante l'insorgenza di questi spasmi, determinanti stiramenti o trazioni.

G. SABATINI.

### Il dolore inguinale nei giovani.

M. Spoerl (*Münch. medizinische Wochenschr.*, febbr. 1914) ha potuto osservare un dolore caratteristico nella regione inguinale in soggetti gio-

vani in parecchie diecine di casi. Si tratta quasi sempre di giovani di circa 20 anni che temono di avere l'ernia o la predisposizione ad essa. In genere essi si presentano già forniti di cinto erniario, che invece di attenuare spesso accentua le sofferenze. I dolori sono a forma di stiramento lungo la piega dell'inguine. L'esame obiettivo è completamente negativo per ciò che riguarda la presenza di un'ernia o di una predisposizione anatomica all'ernia; solo si osserva una dolorabilità speciale in corrispondenza dell'anello inguinale esterno.

L'A. ha supposto che il dolore sia in rapporto con la funzione della secrezione dello sperma (l'età dei pazienti corrisponde al periodo più tumultuoso di questa funzione) e perciò avrebbe sede lungo il cordone spermatico. Ha ottenuto buoni risultati terapeutici dall'uso della belladonna sotto forma di gocce o di suppositori, dal massaggio leggiero della regione inguinale con una pomata indifferente, dai bromuri.

L'A. considera questa forma di dolore come una specie di colica del cordone spermatico, come una nevralgia del ramo genitale del nervo genito-crurale, ramo che accompagna il cordone spermatico nel canale inguinale e può perciò risentire per la tumefazione del cordone stesso, specialmente se l'anello inguinale sia stretto e resistente.

E così si comprende come il cinto erniario dev'essere proscritto, perchè oltre ad aggravare i sintomi dolorifici, può anche danneggiare la muscolatura della regione ed indebolirla per effetto dell'inazione alla quale la costringe.

*p. s.*

## TERAPIA.

### Sulla terapia digitalica.

Allorchè, grazie ai progressi della chimica si riuscì ad estrarre, dalle droghe brute, corpi nettamente definiti, si credette che questi prodotti possedessero tutte le proprietà specifiche della sostanza primitiva condensate in « specie chimiche » sempre eguali a se stesse, e, pertanto, di dosaggio facile e sicuro.

Ma la pratica non tardò a dimostrare che quelle vedute aprioristiche non rispondevano interamente alla realtà e che non era sempre possibile d'identificare l'azione fisiologica delle foglie o dei semi o delle radici d'una pianta, con gli alcaloidi o i glucosidi od altri principî definiti che possono esserne estratti.

Così abbiamo potuto constatare, da qualche anno, un ritorno indietro nell'opinione dei farmacologi, inclini oggi a ritenere che, nella maggior parte delle piante utilizzate in terapia, il prodotto veramente interessante non è l'alcaloide o il glucoside puro, ma il *complesso* in cui questi sono compresi.

Ad esempio la digitalina cristallizzata, che si considerò come il principio cardio-attivo per eccellenza della digitale, non riproduce nella sua integrità l'azione fisiologica della macerazione o dell'infuso delle foglie di digitale: intercedono tra i due modi d'azione delle differenze, che fanno ancora preferire ai medici il prodotto primitivo a quello derivato.

Si troverà una risposta a queste differenze qualora si consideri: 1° che la digitalina non è il solo corpo cardio-attivo della digitale; 2° che non è provato ch'essa esista nella pianta sotto la forma in cui il chimico l'ha isolata: ricerche recenti sembrano stabilire, al contrario, ch'essa è un prodotto di sdoppiamento, creato artificialmente dai processi d'estrazione messi in opera per ottenerlo.

La polvere delle foglie di digitale possiede dei vantaggi che possono riassumersi come segue: azione meno brutale, che si traduce con una regolazione più netta del ritmo cardiaco; eliminazione più regolare, onde rischi meno grandi di accidenti da accumulo; azione più sensibile sulla diuresi.

Per contro dobbiamo ascrivere tra gl'inconvenienti delle foglie i disturbi digerenti, che risultano dall'azione irritante sulla mucosa gastrica delle saponine e dei sali di potassio e forse della luteolina, sostanze che entrano nella composizione delle foglie insieme ad elementi indifferenti come la cellulosa e la clorofilla. Inoltre si possono rilevare le note variazioni nell'effetto prodotto, dacchè anche titolata la foglia di digitale si modifica piuttosto rapidamente. Un'ossidasi, caratterizzata da Brissomoret e Joanin, agisce un po' alla volta sui glucosidi attivi e li sdoppia in prodotti inerti.

La digitalina cristallizzata possiede sulle foglie di digitale da cui è tratta l'incontestabile vantaggio di essere meno soggetta a variazioni e di una grande comodità nella posologia.

Un prodotto ideale sarebbe quello che possedesse l'azione farmacodinamica totale della pianta, che fosse sprovvisto di azione irritante sullo stomaco e che fosse costante nella sua efficacia.

Tali sarebbero i diversi *digipurati* del commercio, i quali risultano di tutti i principî attivi, sono liberati dalle saponine e dagli altri prodotti irritanti, e posseggono costanza d'azione.

Un altro prodotto del genere sarebbe la *digifolina*, che risulta di digitalina e digitaleina (raccomandato in *Le Progrès Méd.*, luglio 1915).

Possono usarsi per via ipodermica e endovenosa; le iniezioni ipodermiche sono indolori.

L'equivalenza farmacodinamica di questi prodotti è nettamente definita (per es. gr. 0.10 di foglie corrispondono a gr. 0.10 di polveri, ad una compressa, ad 1 cmc. delle soluzioni iniettabili). R. B.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(518) Bramerei conoscere una pubblicazione moderna (possibilmente italiana o tradotta) che tratti delle forme sifilitiche in generale, ma specialmente o magari solamente delle forme antiche, terziarie (*gomme meningo-cerebrali, aortite*).

È giusto il concetto delle frizioni mercuriali (100-120 gr. in cicli) seguite s'intende da lunghe ed intense (5-6 gr. al dì) di ioduro? Qual'è il miglior colluttorio durante durante le unzioni? E quale il preparato iodico più tollerato dal ventricolo?

Scusi e ringrazio anticipatamente della risposta che spero sollecita.

Con tutta la considerazione.

Dev.mo Abb. n. 5426.

L'abbonato troverà ciò che gli occorre nei moderni trattati di patologia speciale medica e di malattie del sistema nervoso.

Le frizioni di unguento mercuriale sono ancora oggi un ottimo mezzo di cura, malgrado gl'inconvenienti ben noti (difficoltà nel dosaggio del Hg che effettivamente viene assorbito, facilità alle dermatoti ed alle stomatiti). La soluzione di clorato di potassio è sempre il miglior rimedio per le stomatiti da Hg, specialmente se il malato non si limiterà a sciacquare la bocca, ma applicherà di tanto in tanto, durante il giorno, dei pezzi di ovatta, imbevuti della soluzione stessa, fra le guancie e le gengive, e ve li terrà per alcuni minuti. Tra i preparati jodici la sajodina è in generale bene tollerata dallo stomaco e d'indubbia efficacia.

V. MONTESANO.

(519) Domando se nel corr. anno siano stati impartiti a Roma o altrove *corsi teorici accelerati* a signore aspiranti ad ottenere il diploma di dama della Croce Rossa Italiana.

Avendo svolto qui l'intero programma dei 3 anni, quanti in tempi normali si richiedono come preparazione per tale nomina, possono le signore, che l'hanno frequentato, dopo subito il relativo esame, optare al conseguimento del diploma, compiendo il corso pratico o nell'Ospedale civile, o in quello militare di riserva da 300 letti, od in quello della Croce Rossa da 50 letti, esistenti in questa città? Il corso pratico deve avere la durata di un mese o meno?

In attesa di cortese risposta nella rubrica della sezione pratica, ringrazio.

Foligno. Dev.mo: E. Laureati.

Finora a Roma non è stato impartito nessun corso teorico accelerato a signore aspiranti ad ottenere il diploma di dama della C. R. I.

Per il resto che ci si domanda, dovendosi sempre essere d'accordo con le autorità locali della istituzione, è opportuno rivolgersi al Sottocomitato di Foligno (ispettore Agostinelli).

Le disposizioni del regolamento della C. R. I. in proposito sono precise e tassative.

P. S.

**Le Domande per la « Posta degli abbonati » e i Quesiti pel "Doctor Justitia,, non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto le une quanto gli altri debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

## QUESTIONI DEL GIORNO.

### Per la difesa igienica dei giovani soldati.

Mai come in questi mesi, contemplando le condizioni della grande maggioranza delle nostre vecchie caserme, ci rendiamo ragione di quale importanza può e deve essere il buon organamento igienico di tutta la vita del soldato, dalle caserme all'abito, e mai come ora ci rendiamo ragione che senza un piano definito di lotta, i nostri sogni di educazione rimarranno sterili.

Il giornale ufficiale del Governo francese ha cercato di tradurre in moneta spicciola un programma minimo di educazione e di cura igienica del giovane soldato e per l'interesse del momento togliamo qui dal giornale 13-30 marzo, le norme dettate dalla Commissione parlamentare incaricata di questo studio, tralasciando quanto ha rapporto al semplice fatto della revisione militare per le dichiarazioni di inabilità.

Anzitutto l'autorità militare deve essa assumersi la massima cura per i locali destinati ad ospitare i soldati. Sistematicamente si deve disinfettare muri e pavimenti di ogni caserma destinata ai soldati con metodi energici e si deve provvedere alla disinfezione accurata degli oggetti da letto (non si scordi che, due volte su

tre, letti e brande contengono cimici in quantità). Si dovrà essere severi nello evitare che si mettano troppi individui in ogni camerata e il numero massimo regolamentare di posti sarà sempre rispettato.

Nel caso di accantonamenti ogni locale che si vuol destinare alle truppe sarà visitato da una Commissione, nella quale deve essere un medico militare e due membri della Commissione locale di igiene. La Commissione respingerà ogni locale comunque sospetto o tale da non permettere le installazioni igieniche indispensabili. La stessa Commissione sorveglierà il modo col quale si procede all'accantonamento e alla disinfezione dei locali.

La stessa Commissione anche in seguito continuerà la sua sorveglianza sui locali per accertarsi che vengano mantenute le norme di igiene e per accertarsi che pulizia e disinfezioni sieno sistematicamente eseguite.

Si provvederanno per ogni evenienza dei locali di isolamento sufficienti per poter separare individui ed unità sospette.

La Commissione parlamentare ha richiamato l'attenzione sulla necessità di stabilire con criterî igienici l'equipaggiamento ed ha largheggiato nelle proposte: ad esempio, consiglia due paia di calzoni di lana e due di tela, due paia di scarpe di riposo, una mantellina impermeabile, ecc. Anche per la razione si consigliano alcuni aumenti: ad esempio, si consiglia di dare 1/4 di litro di vino al giorno, senza mutare l'attuale razione di caffè.

Per le vaccinazioni antitifose si consiglia un riposo di 48 ore dopo ciascuna vaccinazione. Inoltre è proposto che tutto il sabato sia dedicato alle cure igieniche; che almeno una volta la settimana i soldati debbano prendere la doccia e che a tale scopo nelle caserme debbano farsi le istallazioni necessarie.

Si è cercato anche di tradurre tutto ciò in moneta corrente e il ministro della guerra ha in effetto emanato un'ordinanza che suona esattamente così:

*Pulizia e disinfezione dei locali.* — Tutti i locali destinati alle reclute saranno preparati e ripuliti a fondo: si procederà alla loro completa disinfezione coi mezzi più energici e più efficaci.

*Occcupazione dei locali.* — Nelle camere si porrà il numero minore legale di uomini e si terrà strettamente la distanza voluta per i letti.

*Letto.* — Ad ogni recluta si destinerà un letto completo in perfetto stato di pulizia: agli uomini maturi, ai quali fosse a tale scopo tolto il letto attuale per passarlo alle giovani reclute meno agguerrite, si darà un materiale lettereccio ausiliario.

*Bagni, doccie.* — Le installazioni di bagni e doccie esistenti saranno poste in condizione di essere utilizzate: là, ove mancano, si provvederà con impianti provvisorî, in guisa che ogni giovane soldato possa fare una doccia per settimana.

*Abito.* — Tutte le reclute avranno l'equipaggiamento che verrà stabilito in apposita istruzione.

*Alimentazione.* — Essa sarà oggetto di cure peculiari e le razioni saranno aumentate conformemente alle raccomandazioni fatte.

*Allenamento.* — Esso sarà progressivo e si eviterà il *surmenage*. Si ricorda agli istruttori come essi abbiano il dovere di tenere il massimo conto delle indicazioni igieniche contenute nei regolamenti e che essi dovranno fare appello alla collaborazione dei medici di Corpo.

Oltre a queste prescrizioni definite altre istruzioni sono state impartite ai medici militari, perchè nella visita alle reclute si tenga il massimo conto della diagnosi iniziale di tubercolosi.

**B. E.**

(Da *La Riv. di Igiene e Sanità pubblica,* 16 luglio 1915).

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

***Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione***

C. A. EWALD e M. KLOTZ. *Diät und Diätotherapie.* 4ª ediz., 1 vol. in-8° gr. di pag. 670. Berlino e Vienna, Urban e Schwarzenberg, 1915. Prezzo M. 15; rilegato M. 17.

Tutti i medici ormai valutano l'importanza della dietetica; ma poche norme definite sui regimi sono penetrate nella pratica corrente e per lo più sono contestabili.

L'A. ha fatto su questo soggetto una trattazione elaborata, minuziosa, sistematica, che risponde allo spirito tedesco. La pubblicazione, avvenuta durante le guerre della Germania e poco prima che scoppiasse la guerra nostra dà prova di uno spirito d'intraprendenza ammirevole nel campo editoriale.

L'edizione precedente risulta completamente rimaneggiata, mercè la cooperazione del professore Klotz.

La materia è così ripartita: 1° la dieta: varie specie, preparazione, alimenti per l'infanzia, energetica; 2° dietoterapia: generalità e varî gruppi di malattie singolarmente considerate; 3ª appendice, composta di varie tabelle dimostrative.

V.

A. RODELLA. *Diabete mellito e sua cura*. Manuali Hoepli, 1915. Prezzo L. 2.50.

Questo volumetto, che ora esce nella 2ª edizione, istruisce il malato affine di agevolare l'opera del medico. Sovratutto la dietetica vi è svolta con diligenza.

Potrà essere consultato con profitto non solo dai malati, ma anche dai medici, poichè contiene molte nozioni generalmente poco note o dimenticate.

Dott. UGO VIVIANI. *Come si assiste un malato od un ferito e come si appresta un soccorso d'urgenza*. Manuale per l'infermiere. Un volume in-8° gr. di pag. 440 con 235 incisioni. Arezzo, 1915. A beneficio della « Cassa Lavoro Pro-Ricoverati » nel Manicomio provinciale di Arezzo. L. 3.50.

Questo libro si renderà utilissimo per i corsi agli allievi-infermieri e per gl'infermieri nell'esercizio pratico; si raccomanda anche a tutte le persone colte che vogliono essere edotte sui principî dell'assistenza sanitaria e sulle cure d'urgenza.

L'esposizione ne è diligente, completa, documentata, chiara. È corredata di figure numerose, se non tutte ben riuscite. Il lavoro verrà giustamente apprezzato.

F. MATONI. *Per i nostri soldati. Consigli medico-igienici*. Napoli, 1915. Officina Cromotipografica Aldina (Piazzetta Casanova, 2-4). Prezzo L. 0.10.

L'esimio prof. Matoni pubblica una raccolta di precetti e consigli che valgano a mantenere sano e forte di corpo e di spirito il nostro soldato combattente per la nostra santa causa, ch'è pur quella dell'umanità.

La succinta esposizione è di una grande efficacia e praticità. Tutte le nozioni più utili vi sono condensate (non si accenna alle malattie veneree; ma sarà facile di ovviare a questa omissione in una ristampa).

Il Municipio di Napoli ha disposto per una larga tiratura e distribuzione tra i militari del bell'opuscolo.

*Istruzioni per le fasciature.*

La signora Luisa Valenti Giacomelli, chiamata a coadiuvare il tenente colonnello medico cav. Cusani nelle esercitazioni sulle fasciature tenute alle allieve del Tiro a Segno, in Torino, ha raccolto le conferenze dell'egregio sanitario e ne ha compilato un utile e pratico Manualetto, che comprende nozioni sul materiale di medicatura e sulla tecnica delle fasciature, con un'appendice sulla massoterapia.



PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

COLAO GIUSEPPE. L'alcoolismo e il compito delle associazioni operaie nella lotta contro di esso. (Conferenza). — Catanzaro, 1914.

GIUDICEANDREA VINCENZO. Il primo anno della Scuola samaritana di Roma. (Discorso inaugurale e relazione morale e finanziaria). — Roma, 1914.

BERTOLOTTI LUIGI. La tubercolosi nei vecchi. — Genova, 1914.

CHINCARINI FRANCO. La morbilità e la mortalità degli infermieri dell'Ospedale Maggiore di Milano nel decennio 1904-1913. — Milano, 1914.

DOMINICI LEONARDO. Resoconto delle operazioni eseguite negli Ospedali di Roma. — Trevi, 1914.

VACCARI ANTONIO. Il riparto chirurgico delle navi-ospedale « Regina d'Italia » e « Albaro » durante l'anno 1913. Resoconto clinico, statistico, operativo. — Roma, 1914.

ORTALI CESARE. Sclerosi dei corpi cavernosi d'origine blenorragica. — Milano, 1914.

ROSSI GIACOMO. Sesto contributo allo studio della macerazione della canapa. La macerazione della canapa di Terra di Lavoro coi fermenti pectici aerobici. — Portici, 1914.

RISICATO E. Una nuova forma di dermatosi osservata in Libia. — Biella, 1914.

TONIN R. Traitement de la fièvre typhoïde et des infections intestinales en général par la teinture d'iode. — Cairo (Egitto), 1914.

ALAJMO L. Relazione sulla organizzazione della lotta contro il tracoma nei comuni della provincia di Girgenti. — Girgenti, 1914.

CONA SALVATORE. Dispensario municipale antitubercolare in Caltagirone. Funzionamento del Dispensario dal novembre 1912 al dicembre 1913.

LA ROSA G. Sulla lotta contro la tubercolosi in Caltagirone. — Milano, 1914.

TUBIATO P. Natura e valore clinico della reazione urinaria di Moriz Weiss. — Milano, 1915.

RUBINO ALFREDO. Contributo clinico allo studio della splenomegalia primitiva con cirrosi epatica ipertrofica. — Napoli, 1915.

PETTAZZI ATTILIO. Osservazioni cliniche e considerazioni medico-legali sulla patologia del lavoro in aria compressa. — Firenze, 1915.

AMALFITANO GIUSEPPE. La pellagra in provincia di Cremona durante l'ultimo decennio. — Cremona, 1914.

Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica). Regolamento di polizia veterinaria (R. D. 4 maggio 1914, n. 533) e istruzioni per la polizia veterinaria (20 giugno 1914). — Roma, 1914.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## AMMINISTRAZIONE SANITARIA

### Misure sanitarie per i profughi di guerra.

È stata diretta ai prefetti, in data 24 giugno, la seguente circolare (n. 20300 2. A. S.) contenente disposizioni sanitarie per i profughi di guerra:

In seguito alle disposizioni date dal Comando supremo dell'esercito ed agli accordi presi fra le varie amministrazioni interessate, si sono stabilite le seguenti norme sanitarie da osservarsi per le persone allontanate dalla zona di guerra.

*Misure nella zona di guerra.*

1. Le persone che dalla zona di guerra vengono dirette allo interno del Regno dovranno subire un primo controllo sanitario nelle stazioni di sosta, stabilite nelle località prescelte dalla autorità militare presso il confine.

2. Queste persone (profughi) saranno concentrate, per quanto è possibile, nelle stazioni di partenza, per evitare viaggi di persone isolate e di piccoli gruppi che saranno difficilmente sorvegliabili.

3. L'avviamento dei profughi sarà effettuato in treni speciali, costituiti possibilmente da vetture intercomunicanti di terza classe. Quando i profughi non sono in numero notevole, e non sia possibile la formazione di un treno speciale, verranno adibite, pel trasporto, vetture di terza classe esclusivamente per essi.

Le vetture adibite al trasporto dei profughi avranno le latrine munite di cassetta per la raccolta e la disinfezione degli escrementi.

4. I treni speciali per profughi dovranno essere completati da una stazione mobile di disinfezione, avere uno scompartimento vuoto per l'eventuale isolamento di malati infettivi, ed essere muniti di cassetta pel pronto soccorso e dei medicinali più comuni.

Lo scompartimento dovrà fare parte di una vettura con ritirata munita di recipiente per la raccolta dei materiali escrementizi.

Quando non sia possibile agganciare la stazione mobile di disinfezione, ovvero nei casi in cui il viaggio è compiuto in poche vetture accodate a treni ordinari, dovranno esservi nel treno stesso uno o più mastelli per le disinfezioni chimiche, tenuti in apposito scompartimento ed affidati alla custodia del personale incaricato delle disinfezioni.

5. L'autorità che dispone l'inoltro dei profughi del Regno darà avviso telegrafico al prefetto della provincia, ove trovasi il luogo di smistamento, quelle dell'ora della partenza e di quella presuntiva dell'arrivo, nonchè del numero complessivo delle persone, con tutte quelle altre notizie di carattere sanitario che possano servire di norma per la vigilanza consecutiva.

6. L'Amministrazione militare provvederà pel vettovagliamento durante il viaggio.

7. Durante il viaggio dalla stazione di partenza a quella del luogo di smistamento, il treno che trasporta i profughi sarà accompagnato di regola da un medico dell'Amministrazione ferroviaria, incaricato della vigilanza e dell'assistenza sanitaria.

Questo medico, che avrà un distintivo speciale di riconoscimento, sarà coadiuvato da una guardia di sanità e da agenti di pubblica sicurezza.

*Misure durante il viaggio.*

8. Durante il viaggio il medico incaricato della vigilanza sanitaria provvederà:

*a*) alla visita medica di tutte le persone che compongono la carovana, prendendo nota dei fatti che riterrà meritevoli di considerazione;

*b*) all'isolamento nello speciale scompartimento vuoto degli individui sospetti di malattie infettive;

*c*) al ricovero degli infermi di malattie infettive nelle stazioni delle località che a lui consta siano munite di ospedali di isolamento e di adatti mezzi di trasporto, richiamando su ciò l'attenzione dal capo-stazione, acciò questi faccia le segnalazioni prescritte dalle disposizioni ferroviarie vigenti;

*d*) ad iniziare la disinfezione degli effetti di uso personale sudici, e continuarla per quanto lo consentono la durata del viaggio ed i mezzi di cui dispone;

*e*) a segnalare telegraficamente al Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica) le eventuali novità di carattere sanitario da lui constatate.

*Misure nelle stazioni di smistamento.*

9. All'arrivo dei profughi alla stazione di smistamento si troverà presente l'ufficiale sanitario, il quale riceverà la consegna dal medico e provvederà:

*a*) all'invio degli ammalati comuni, che si trovassero sul treno, nei ricoveri a ciò destinati;

*b*) all'immediato trasporto degli ammalati infettivi nel locale d'isolamento;

*c*) a completare le misure di profilassi iniziate durante il viaggio, con speciale riguardo alla distruzione dei parassiti delle vestimenta e del corpo.

10. Le vetture ferroviarie che hanno servito al trasporto dei profughi dovranno essere accuratamente disinfettate nei modi stabiliti dalle norme in vigore. Nell'attesa, i compartimenti saranno chiusi a chiave ed i finestrini innalzati.

11. Il prefetto della provincia ove avviene lo smistamento si terrà in corrispondenza con i prefetti delle regioni vicine, per prendere accordi sulla potenzialità di ricovero nei vari comuni, e segnalerà poi mano mano i gruppi di cui disporrà l'invio.

A questo proposito terrà presenti, ove sia possibile, le speciali attitudini di lavoro dei profughi, e la richiesta di mano di opera nei vari centri.

*Misure nei comuni di destinazione.*

12. Nel comune di definitiva destinazione, l'autorità locale procurerà di scegliere possibilmente i ricoveri in prossimità di istituti collettivi già in funzione (quali ricoveri di mendicità, cucine economiche, ecc.) per aver modo di assicurare, più agevolmente e con minor spesa, la sorveglianza ed il mantenimento dei profughi.

Inoltre cercherà modo che, nei limiti del possibile, nei ricoveri vi siano paglericci individuali e larga dotazione di acqua.

13. L'autorità sanitaria locale, quando i profughi siano giunti, provvederà:

*a*) ad assicurare la vigilanza sanitaria giornaliera, anche nei riguardi della pulizia dei locali e delle persone, tenendo presente in particolar modo la distruzione degli insetti parassiti (pidocchi, cimici, ecc.);

*b*) a completare le misure di disinfezione qualora non si siano potute compiere nella città di smistamento;

*c*) alla vaccinazione o rivaccinazione delle persone che non presentino segni di vaccinazione recente;

*d*) al bagno di pulizia, da ripetersi se possibile a non lunghi intervalli.

I profughi saranno poi avviati al lavoro secondo le loro attitudini, dopo compiute le misure profilattiche, e passato un periodo di osservazione di giorni 10 dalle stazioni di sosta di cui al n. 1.

Qualora fra i profughi si trovino persone fornite di mezzi propri e che intendano stabilirsi in locali del Regno fuori della provincia cui sono state dirette, ovvero persone che abbiano fuori della provincia stessa parenti disposti a riceverle o lavoro assicurato, i prefetti potranno, senza richiedere autorizzazione al Ministero, autorizzarle a recarsi nelle località medesime fornedole anche, ove occorra, de' mezzi di viaggio, sempre che trattisi di individui insospettabili e nulla osti da parte delle autorità politiche e militari del luogo di destinazione.

14. Le autorità, ciascuna per la parte di sua competenza, cureranno la rigorosa applicazione di tutte le norme della presente circolare.

Vogliano le SS. LL. provedere in conformità a quanto precede per la parte che le riguarda, assicurandomene. Il ministro: SALANDRA.

## Profilassi delle malattie infettive.

La diffusione all'estero di talune malattie infettive, specialmente del vaiuolo, del colera e tifo esatematico, e le speciali contingenze dell'attuale momento, favorevoli alla loro importazione e diffusione nel Regno, hanno determinato il Ministero dell'Interno ad impartire, con circolare 14 giugno, alcune istruzioni ai prefetti ed alle pubbliche autorità, richiamandole alle maggiori cautele ed alla più rigorosa vigilanza sul modo con cui vengono attuate le necessarie misure preventive.

« Ad integrare — dice la circolare — i provvedimenti che le SS. LL. su conformi istruzioni di questo Ministero, avranno già preso, per intensificare nei singoli Comuni i servizi profilattici, è necessario curare che in tutte le collettività esistenti in ciascuna provincia, tanto pubbliche che private (ospizi, ricoveri di mendicità, ospedali, manicomi, orfanotrofi, ecc.), siano al più presto eliminate quelle condizioni che possono rappresentare un effettivo pericolo sanitario, attuando la più rigorosa applicazione delle norme d'igiene generale e di pulizia degli ambienti, delle persone, degli oggetti personali, e la salubrità degli alimenti.

All'uopo sarà anzitutto necessario, come misura precauzionale, disporre che almeno un ambiente in ciascun istituto sia destinato per il provvisorio isolamento di malati, nell'eventualità che abbia a manifestarsi o si sospetti qualche caso di infermità contagiosa, e che, là ove manchino, si sistemino congrui servizi per la disinfezione periodica degli ambienti e degli oggetti e per la pulizia delle persone.

Oltre una continua vigilanza igienica e sanitaria, sarebbe poi prudente che le persone, a preferenza quelle provenienti dall'estero, non siano ricoverate nelle camerate, senza averle prima sottoposte a bagni generali di pulizia.

Oltre queste misure profilattiche generali, dovranno curarsi quelle precauzionali essenzialissime della profilassi specifica di ciascuna delle malattie.

Così, per prevenire il vaiuolo, occorre attuare, senza eccezioni, la rivaccinazione di tutti i ricoverandi, ed anche delle persone ricoverate che non fossero state rivaccinate, con esito positivo, da breve tempo.

Nei riguardi del colera, dovrà badarsi che gli individui provenienti da luoghi infetti, previo bagno e disinfezione degli oggetti, siano accolti in ambienti separati, e tenuti in osservazione.

Ove lo si ritenga necessario, a giudizio del medico provinciale, potrà praticarsi anche l'esame batteriologico del contenuto intestinale. Sempre poi si dovrà portare particolare attenzione sullo stato di salute dei ricoverati, riferendo con la maggiore sollecitudine alle autorità sanitarie tutto quanto può interessare la salute publica, specialmente nei riguardi delle affezioni gastro-enteriche acute.

Per prevenire il tifo esantematico, valgono le norme generali di pulizia degli ambienti, delle persone e dei loro effetti, provvedendo più particolarmente alla ricerca delle persone portatrici di insetti parassiti e specialmente di pidocchi, ai quali è legata la trasmissione del contagio, e alla distruzione di tali parassiti ».

## Cronaca del movimento professionale.

*I medici assimilati e la divisa militare.* — È stata diretta al « Giornale d'Italia » la seguente lettera:

*On. Redazione,*

A mezzo di questo autorevole giornale, gli « ufficiali medici assimilati », precettati per la guerra, e destinati agli ospedali militari di riserva, desiderano che il Ministero della guerra venga a conoscenza del loro desiderio di vestire la divisa militare; e ciò a maggior tutela della loro dignità professionale e perchè il servizio loro possa svolgersi più efficacemente, per ovvie ragioni.

Invocano due precedenti: che i « postelegrafici », assimilati anch'essi, hanno avuta l'autorizzazione a vestir la divisa militare; e che gli stessi « aspiranti medici » avranno speciale divisa e distintivi.

*Un gruppo di medici assimilati al grado militare.*

Rendiamo nota noi pure tale lettera perchè il desiderio dei medici assimilati di vestire la divisa militare ci sembra legittimo per molteplici ragioni.

A quanto scrivono i medici, noi aggiungeremo che anche i medici della Croce Rossa vestono l'uniforme.

Per recente deliberazione i medici assimilati furono invitati a portare un bracciale rosso colla stella d'Italia in bianco.

A quanto ci risulta la maggioranza dei medici ha rinunziato a portarlo! Non sembra infatti troppo decoroso ai medici andare in vestito borghese muniti di un bracciale!

Si noti ancora che i medici assimilati sono tenuti per turno al servizio di vigilanza dell'Ospedale, ma quale autorità possono far valere senza divisa verso militari, feriti militari, guardie?

Si osservi pure che i medici militari assimilati sono sottoposti alla disciplina ed ai regolamenti militari; non si comprende perciò questa diversità di trattamento.

Riteniamo dunque molto legittimo il desiderio dei medici assimilati e abbiamo piena fiducia nell'alto senno dell'illustre generale Ferrero di Cavallerleone, perchè sia data piena soddisfazione a questa benemerita classe degli ufficiali medici assimilati, che senza obblighi di leva, ha aderito a prestare servizio e non di rado con grave sacrificio, avendo dovuto abbandonare la propria residenza e la propria clientela.

Ci pare che si potrebbe adottare la stessa divisa militare, con qualche speciale distintivo.

*Per l'assegnazione dei gradi ai medici assimilati.* — È stata indirizzata all'Ispettore Capo del Servizio Sanitario Militare la seguente lettera:

Roma, 19 luglio 1915.

On. Sig. Tenente Generale Medico
Ferrero di Cavallerleone Comm. Luigi
Ispettore Capo di Sanità Militare.
Ministero della guerra.

La questione che abbiamo l'onore di sottoporre all'E. V. riveste un carattere generale, e poichè la sua soluzione non può che influire sul migliore andamento del servizio sanitario, così ci siamo affrettati a farlo.

È stato opportunamente disposto che i liberi docenti siano assimilati al grado di capitano, i professori di Università a quello di maggiore, ecc..... ma per i liberi esercenti e per i medici condotti, che all'atto pratico si sono dimostrati, come è stato universalmente riconosciuto, i più adatti ed utili nei servizi da campo e negli Ospedali, non è stata presa alcuna deliberazione se non quella che conferire loro il grado di sottotenenti fino al 5° anno di laurea e di tenente al disopra del quinto anno.

Ora se in altri tempi era ammissibile che ricoprissero il grado di tenente anche dei professionisti di molta età e di molta esperienza, oggi che in tutte le armi e specialità d'arma sono stati nominati capitani degli ufficiali in età giovanissima, oggi che al raggiungimento di tale grado gli ufficiali medici effettivi impiegano brevissimo tempo, oggi che di ufficiali subalterni ne sono stati creati a migliaia e che ad essi sono stati equiparati perfino degli studenti di medicina, per aspiranti medici, *non sembra equo* che dei vecchi professionisti la di cui operosità ed opera è grandemente ricercata ovunque non vengano considerati che semplici subalterni.

Domandiamo perciò che l'opera dei *liberi esercenti e condotti* venga apprezzata per *quanto può maggiormente valere* e chiediamo che venga tenuta in considerazione anche l'anzianità di laurea per la nomina a capitano, *esprimendo il parere che 15 anni di laurea, specialmente per coloro che hanno 14 o 15 anni di nomina ad ufficiale*, siano sufficienti per essere giudicati maturi per il grado di capitano.

La domanda è tanto giusta che da sè si raccomanda e non richiede di essere maggiormente illustrata specie perchè rivolta ad una mente eletta e ad un organizzatore senza pari per i servizi di Sanità militare.

Pertanto chiediamo con fidanza un sollecito provvedimento al riguardo. Con ossequio.

*Alcuni medici condotti e liberi professionisti.*

*Barbarie austriaca.* — Riceviamo dal fronte la seguente cartolina:

10 giugno 1915.

Carissimo,

È una vera indegnità: due miei portaferiti sono stati colpiti a breve distanza dal nemico, mentre esercitavano in modo ben visibile la loro missione: essi portavano una barella! Ti prego di protestare sul giornale in nome dell'umanità, ogni momento offesa. Il giorno precedente la nostra artiglieria ha sospeso il tiro quando ha veduto quattro portaferiti trasportare una barella! La generosità nostra è stata ben retribuita il giorno seguente.

E' il caso di strappare il bracciale e, all'occorrenza, interrompere il proprio lavoro medico.

Aff.mo: Pontano.

I comunicati ufficiali ci avevano già informati su questi atti odiosi di barbarie perpetrati dai nostri nemici. Il collega Pontano ce ne offre una nuova testimonianza.

Essi provano quanto sia moralmente inferiore a noi il nemico con cui dobbiamo misurarci.

Temiamo che l'istinto cavalleresco dei latini possa, non solo in queste pietose contingenze, ma anche in altri più gravi momenti, costare gravi sacrifici ai nostri soldati.

Purtroppo ogni protesta è vana, data la slealtà ed il livello morale dei nostri avversari. Importa invece di chiamare alla riscossa tutte le nostre energie contro un nemico che va combattuto senza pietà.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5390) *Indennità di cavalcatura.* — Il Dott. G. B. da B. desidera conoscere se, dovendo servire una estesa condotta e con lieve stipendio, possa pretendere un indennizzo annuale per la cavalcatura, che è indispensabile, attesa la configurazione topografica della località.

Effettivamente riteniamo molto modestamente ricompensato il suo lavoro professionale in una condotta di grande estensione territoriale avente poveri sparsi nelle campagne ed a notevole distanza l'uno dall'altro. Chieda al Comune un congruo aumento di stipendio o, quanto meno, una adeguata indennità annuale per la cavalcatura. Se il Comune non provvederà o si rifiuterà a provvedere ben può, a nostro avviso, chiedere aumento di stipendio di ufficio alla G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie del 1907.

(5392) *Pagamento di prestazione professionale.* — Il Dott. U. P. da C. desidera conoscere in qual modo debba regolarsi per il pagamento di una prestazione ostetrica fatta in persona che era inscritta nello elenco dei poveri, ed a cui non potettero accedere i due medici del Comune.

Ella non ha diritto di rivolgersi ad altri che alla famiglia, a cui ha fatta la prestazione professionale. Essendovi nel Comune due medici condotti non aveva alcun obbligo di aderire alla chiamata di chi figurava incluso nello elenco dei poveri. In tal caso sarebbe stato il Comune nell'obbligo di provvedere alla temporanea supplenza dei propri medici ed impegnarla direttamente. Ella citi la famiglia e sarà cura di questa di rivolgersi contro il Comune, chiamandolo in causa.

(5394) *Assegnazione nelle file del R. Esercito.* — Al Dott. I. D. P. da S. M. in L. rispondiamo che il suo quesito non riguarda interessi professionali ma materia assolutamente estranea al giornale ed in cui non possiamo dare consigli o suggerimenti di sorta.

(5396) *Gratificazione dei medici della Milizia territoriale.* — Al Dott. F. M. da R. rispondiamo che il quesito da lui proposto non riguarda interessi professionali ma l'ordinamento del R. Esercito. Dott. JUSTITIA.

---

**I Quesiti pel "Doctor Justitia,, e le Domande per la «Posta degli abbonati» non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinti, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

---

## CONDOTTE E CONCORSI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Medico-chirurgo 1° assistente o aiuto; classificazioni negli esami speciali; L. 1600 oltre L. 200 per l'ambulatorio, nette di R. M.; alloggio e vitto gratuiti. Servizio entro 8 giorni. Scad. 31 luglio.

ANZANO DEGLI IRPINI (*Avellino*). — Generalità. Annue lire tremila, di cui duemila pei poveri. Documenti da presentarsi sino al 30 luglio. Non oltre 35 anni, salvo per servizio di precedenti condotte. Servizio nei quindici giorni dalla partecipazione di nomina. Indennità di ufficiale sanitario.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Cercasi medico-chirurgo non soggetto obbligo leva. L. 1400 e L. 4 per guardia. Alloggio gratis. Chiedere avviso Amministrazione ospedale.

DOMUSDEMARIA (*Cagliari*). — Condotta generalità. Scadenza 31 luglio.

FELETTO CANAVESE (*Torino*). — Medico dei poveri; L. 1750 oltre a L. 100 quale U. S. Documenti entro tutto il 31 luglio.

FOIANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — A tutto il 13 agosto due condotte a cura piena; L. 3750 con 2 sessenni, più L. 750 per indennità cavalcautra. Richiedere l'avviso.

MONTEFALCO (*Perugia*). — A tutto agosto è prorogato il concorso a una delle due condotte; L. 4400 comprese L. 350 per obbligo supplenza. Obbligo cavalcatura.

PERRERO (*Torino*). — Condotto-ufficiale sanitario per Consorzio; L. 3500. Scadenza 30 luglio.

PORTALBERA (*Pavia*). — Medico condotto, lorde L. 4000; cura piena. Comune in piano, vicinissimo stazione Stradella. Scad. 31 luglio.

* PRATO CARNICO (*Udine*). — Condotto; lorde L. 5000. Scadenza 31 luglio.

ROCCHETTA AL VOLTURNO (*Campobasso*). — Al 5 agosto condotta; età limite 45 anni; L. 1800 p. poveri; L. 900 p. la generalità, L. 300 quale U. S., nette da R. M. Chiedere l'annunzio.

SPIRANO-LURANO (*Bergamo*). — Chiudesi 31 agosto 1915 concorso medico consorziale. Abitanti 3761. Stipendio 4400 lorde. Tre sessenni. Comuni equidistanti tre chilometri, pianura. Residenza Spirano ove havvi ospitale.

VIRGILIO (*Mantova*). — A tutto il 31 luglio posto di medico chirurgo del riparto di Pietole, frazione del detto Comune. In pianura, a chilometri 6 da Mantova, ecc. L. 3000, più L. 600 indennità pel cavallo e vettura obbligatoria e L. 300 retribuzione se eletto ufficiale sanitario. Aumenti sessennali. Abitanti 1500 circa, con 800 di questi inscritti nell'elenco dei poveri.

Medico chirurgo, esente servizio militare obbligatorio, accetterebbe anche breve interinato Italia centrale. Dirigere proposte sanitario Campofilone (Ascoli).

Giovine medico U. S. esente servizio militare perchè fornito di congedo assoluto assumerebbe interinato a buone condizioni. Scrivere al dottor Antonio De Capua, Longobucco, provincia di Cosenza.

Cercasi medico-chirurgo interino per Sermoneta (Roma) dal 20 agosto al 20 settembre. Compenso lire 450 più il viaggio in 2ª classe da Roma-Sermoneta e viceversa. Per schiarimenti rivolgersi al dott. Filippo Paolelli in Sermoneta.

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

*Diffide e boicottaggi*:

Ci si comunica:

«La Sezione di Montefeltro dell'A. N. M. C. ha ritirato la diffida pel comune di Carpegna, perchè uniformatosi ai *desiderata*.

Pregola quindi fare la opportuna rettifica.

Con stima.

*Il Pres.*: *Sardi*».

---

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

*Nell'Amministrazione sanitaria.*

Sono promossi: dalla 3ª alla 2ª classe il medico provinciale dott. cav. Pellegrini Pietro; dalla 2ª alla 1ª i medici provinciali aggiunti dottori Franchetti Augusto e De Marchi Alberto; dalla 3ª alla 2ª i medici provinciali aggiunti dott. Cavina Ottorino e Cocchia Cesare; dalla 4ª alla 3ª i medici provinciali aggiunti dottori Trincas Lazzaro, Angelello Francesco, Fuschi Giovanni.

Sono promossi di classe i seguenti medici di porto: dalla 3ª alla 2ª i dottori Piras Luigi, Miceli Emanuele, Romano Angelo, Campanella Francesco; dalla 4ª alla 3ª i dottori Addarii Francesco, Santaniello Gaetano, Bruzzese Domenico.

Con decreto luogotenenziale 6 giugno 1915, il sig. Nicastri prof. Raffaele è nominato membro del Consiglio provinciale di sanità di Potenza fino alla scadenza del triennio in corso (1913-1915).

MILANO. — A vice-primario dermosifilografo presso gli Istituti ospitalieri è nominato il professor dott. Angelo Bellini; a vice-primari medici sono promossi gli aiuti dottori Aristide Torchio e Luigi Lampugnani; a medici-assistenti presso la succursale dell'Ospedale Maggiore a Cernusco sul Naviglio sono nominati i dottori Ugo Sella, Virgilio Ferrari e Ugo Dalla Spezia.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Salus publica.**

Il comm. A. Lutrario, direttore generale della Sanità, ha accompagnato l'on. Salandra al quartiere generale per prendere i necessari accordi con l'autorità militare al fine di prevenire ed evitare l'«importazione» di malattie infettive e contagiose dal campo nemico, ove sono innegabilmente soldati provenienti da paesi che molto lasciano a desiderare quanto a pubblica igiene e a pubblica sanità.

Per fortuna i nostri ordinamenti sanitari civili sono tali che possiamo contare sopra una vigile difesa in qualunque parte dello Stato si verificasse un sol caso di malattia «sospetta». Ed è superfluo aggiungere che nella zona di guerra le misure preventive sono state intensificate, e che i profughi, i prigionieri e i feriti nemici sono sottoposti a disinfezioni diligentissime prima di essere internati in Italia, nelle caserme di concentrazione, negli ospedali territoriali.

Le malattie più temute in questo momento sono il colera ed il tifo esantematico.

In Austria-Ungheria si sono verificati varî casi di colera, ma il loro numero, secondo afferma un'agenzia ufficiosa, non autorizza affatto a credere che si tratti di un'epidemia preoccupante o troppo estesa. Da varî anni tale morbo va serpeggiando in tutta l'Europa, con casi più o meno isolati, senza riuscire in nessun luogo, anche là dove le condizioni sanitarie sono più trascurate e il nutrimento è meno sano, ad assumere forme troppo violente con caratteristiche epidemiche.

Si calcola che in più di un mese in tutto il territorio austriaco i casi di colera non abbiano oltrepassato il migliaio, cifra non preoccupante e che non supera di molto la media degli anni precedenti.

Tali casi sono stati finora del resto assai rari nell'esercito combattente anche verso il fronte austriaco orientale e cioè in territori dove il male ha sempre trovato le condizioni migliori per il suo sviluppo.

In quanto al tifo esantematico, ha fatto strage in Serbia e si è propagato in Ungheria.

La vaccinazione contro il tifo addominale, applicata a tutti i soldati nostri indistintamente, ha dato ottimi risultati, tali da ritenere la cura preventiva di effetto sicuro. Si ritiene da qualche competente che giovi anche contro il tifo petecchiale, sebbene le due malattie infettive siano di natura totalmente distinta.

Malgrado queste considerazioni, la Direzione generale di sanità ha disposto, ripetiamo, una sorveglianza accurata sui profughi, sui prigionieri e sui rimpatriati, come sui tre gruppi di persone che involontariamente potrebbero servire di veicolo d'infezione.

Essi vengono dunque accompagnati continuamente fino al luogo di dimora dalla più accurata vigilanza sanitaria, che si manifesta anche in disinfezioni e cure preventive.

Naturalmente l'opera della Direzione generale di sanità si esplica al difuori della zona di guerra, la quale è affidata all'autorità medica militare, ma l'intesa più perfetta e l'intento unico del bene nazionale coordinano perfettamente i servizi e ne garentiscono l'efficacia.

A richiesta dell'autorità militare quella civile fornisce disinfettanti, apparecchi di disinfezione, preparati medicinali di sicura efficacia e quei consigli che l'esperienza di molti anni autorizza a ritenere preziosi.

Finora le nostre truppe combattenti godono di ottime condizioni sanitarie ed i casi di malattia sono relativamente rari. La meningite cerebro-spinale, di cui si era avuto qualche caso prima della guerra, è ora sparita del tutto. Nel primo bimestre di guerra hanno predominato le forme influenzali e reumatiche, in dipendenza delle abbondanti pioggie che si sono avute nel mese di giugno e fino ai primi del mese corrente; e qualche infezione gastrica, in probabile dipendenza dell'acqua, che non è sempre eccellente nei luoghi di combattimento.

La Direzione generale di sanità non ha mancato, d'accordo con l'autorità militare, di prendere numerosi provvedimenti per prevenire od evitare qualsiasi infezione in tutta la penisola e specialmente nei territori più vicini alla zona di guerra.

L'organizzazione dei servizi sanitari civili, che, come è noto, sono stati presi a modello da altre nazioni, permette di ritenere che qualsiasi pericolo sia fin da ora scongiurato e che se in qualunque parte del territorio dello Stato si verificasse un solo caso di malattia infettiva, saremmo in grado di soffocarla al suo sorgere.

**Ufficiali medici di complemento per la R. Marina.**

La «Gazzetta Ufficiale» del 28 giugno pubblicava il decreto luogotenenziale n. 900, col quale il ministro della marina è autorizzato a nominare, temporaneamente, ufficiali di complemento del Corpo sanitario militare marittimo, laureati in medicina e chirurgia.

Tale facoltà è limitata al 31 dicembre 1915: i laureati devono avere età non superiore ai 40 anni, non essere vincolati a servizio militare nel R. Esercito, e fare domanda regolare.

Restano però ferme le disposizioni in vigore, che regolano il normale reclutamento dei tenenti e sottotenenti medici di complemento.

Sarà assegnato il grado di tenente medico di complemento ai medici nominati in base alle precedenti disposizioni, ed il grado di capitano medico di complemento a quelli fra essi che posseggano il diploma di libera docenza o siano primarî di un ospedale principale od abbiano 12 o più anni di laurea.

I professori ordinari e straordinari di medicina e chirurgia delle R. Università del Regno ed i liberi docenti primarî di un ospedale principale possono essere nominati maggiori medici della riserva navale (quadri mobilitabili) anche se abbiano oltrepassato l'età di 40 anni.

I tenenti medici attualmente inscritti nei ruoli degli ufficiali di complemento, potranno essere nominati capitani nel rispettivo ruolo se posseggano i titoli contemplati per questo grado nelle precedenti disposizioni.

I tenenti medici inscritti nei ruoli degli ufficiali della riserva navale che posseggano gli stessi requisiti potranno ottenere la nomina di cui al precedente capoverso qualora siano più anziani di qualsiasi ufficiale medico di pari gradi dei quadri attivi e non si trovino in congedo provvisorio in attesa del collocamento a riposo.

Le nomine di cui al presente decreto sono subordinate all'accertamento dei titoli richiesti e dell'attitudine fisica.
Il presente decreto abroga l'altro in data 2 maggio 1915, n. 591, ed ha effetto dal 28 giugno.

**Prevenzione del tetano sul campo.**

Si è costituito a Milano (via S. Maurizio, 13) un Comitato per la prevenzione del tetano. Ne diamo il programma:
Il Governo provvederà di siero gli ospedali da campo, i grandi centri ospitalieri, ma può trovarsi mancante di opportunità per fornire i piccoli ospedali improvvisati, quei posti di soccorso che sorgono per le tristi eventualità di guerra. A queste si vuole venire in aiuto. Di più il Comitato aspira a riuscire in un'opera, non solo esclusivamente curativa, ma anche di prevenzione. Per adempiere questo compito abbisogna del largo consenso cittadino e di quell'aiuto benefico che l'anima generosa italiana mai negò alla sventura.
Sono molte, è vero, le necessità che una guerra può creare e i sacrifici saranno immensi, ma nessun cittadino, nessuna madre, pensando all'agguato che il micidiale bacillo tende a quelle nostre creature, cui affidiamo il sacro compito della difesa del nostro onore, della nostra gloria avvenire, potrà rifiutare l'obolo che darà modo di proteggerle da un nemico non meno crudele di quello cui va incontro colle armi.
Al Comitato esecutivo sono già pervenute numerose oblazioni da spiccate personalità d'ogni partito e d'ogni classe, il che dimostra come la iniziativa sia stata presa in favorevole considerazione. A suo tempo il Comitato si riserva di far pubblicare i nomi dei numerosi oblatori.

**Nuovo ospedale della Croce Rossa.**

S. E. l'on. Tittoni, nostro ambasciatore a Parigi, ha voluto destinare ad ospedale della Croce Rossa la magnifica villa di sua proprietà che sorge a Desio (Milano).
Il principesco palazzo venne, sopratutto per opera del cav. Pissavini, procuratore generale di casa Tittoni, trasformato in ospedale, con proprietà, con ricchezza e con eleganza veramente signorile: e lo stesso on. Tittoni ebbe a compiacersene vivamente nei giorni scorsi.
Esso contiene 100 letti, e la magnificenza con cui è stato allestito e lo splendido parco, dell'estensione di 400,000 metri quadrati, che lo circonda, e la preparazione accurata del personale d'assistenza che vi sarà addetto, sono la più sicura garanzia che sarà uno dei migliori di tutta Italia.
Lo dirgerà il dott. Giuseppe Segadelli, capitano medico della Croce Rossa.

**Scuola-laboratorio per mutilati del braccio.**

È stata istituita a Milano (via Marsala, 5) dagli impiegati della ditta Carlo Erba. Il Consiglio direttivo è così composto: presidente onorario: conte Giuseppe Visconti di Modrone; presidente effettivo: prof. Giuseppe Brambilla; vice-presidente: dott. Giuseppe Biscaro; segretario: rag. Giovanni Grignaschi; cassiere: ragioniere Piero Perego; consiglieri: rag. Paulo Amadei, Cesare Massagrande, dott. Angelo Usiglio; revisori: farm. Francesco Concato, farmacista Giuseppe Martini.

Ha diramato la seguente circolare:
« È ad opera riparante dolorose conseguenze della guerra che abbiamo pensato. Enti benefici importanti già mostrarono di quali adattamenti siano suscettibili i derelitti della sorte, i colpiti da una disgrazia fisica, e qual meraviglia di agilità si possa da loro ottenere. Non ad una scuola-laboratorio con insegnamento generale abbiamo pensato, ma, per lo speciale carattere nostro, ad una applicazione all'industria chimico-farmaceutica.
« La facilità di istruzione diretta e di applicazione sia nel laboratorio che a domicilio; la possibilità di passaggio dalla scuola all'industria; la larghezza del campo di lavoro e di vendita, danno affidamento che la nostra iniziativa riuscirà utile al morale dei nostri reduci e freno all'accattonaggio. Saremo felici di avere nel compimento del nostro ideale la cooperazione dei buoni, convinti, ciò facendo, di non compiere che un dovere sociale ».
Durante il periodo d'istruzione, ai mutilati bisognosi verranno possibilmente forniti i necessari mezzi di sostentamento.
Lo statuto stabilisce che i soci si distinguono in: *a*) fondatori, se versano una volta tanto almeno lire 500; *b*) benemeriti, se versano una volta tanto almeno lire 100; *c*) ordinari, se pagano una quota annuale di lire 5.
L'Istituzione, sebbene promossa dagli impiegati della ditta Carlo Erba, accoglie soci e benefattori esterni.

**Lascito ingente alle Cliniche di Roma.**

Donna Eleonora Spencer di New York, vedova del principe di Vicovaro, dama di Palazzo della Regina Madre, la quale nel periodo di vedovanza aveva riacquistata la cittadinanza americana, ha testato secondo le leggi del suo paese d'origine che le consentivano la più ampia facoltà di disporre della sua fortuna, secondo quei sentimenti di filantropica generosità ai quali aveva ispirato tutta la sua nobile esistenza.
Dopo aver costituito un cospicuo assegno vitalizio alla propria figlia e ad una diletta amica che l'aveva assistita, ha disposto che tutta la sua ingente fortuna sia devoluta a beneficio delle Cliniche universitarie di Roma.
È noto come sia frequente in America il caso di colossali fortune private che si devolgono a beneficio di opere pubbliche, di carità e di educazione, e la cittadinanza romana dovrà essere ben grata alla memoria della benefica ed eletta Dama, la quale ispirandosi a tale consuetudine del suo paese ha voluto contribuire al maggiore incremento di una meravigliosa istituzione scientifica ed umanitaria qual'è il nostro Policlinico Umberto I che è vanto e decoro della terza Roma.

**Nuovo sussidio all'Ospedale Maggiore di Milano.**

La Giunta municipale di Milano, accogliendo analoga domanda rivoltale dall'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore, ha, in una recente seduta, deliberato di proporre al Consiglio comunale perchè venga inscritto nel bilancio del 1916 il sussidio di lire 10,000 per concorrere ad un nuovo acquisto di sali di radio, occorrenti alla funzionalità del Gabinetto radioterapico dell'Ospedale stesso a vantaggio delle classi povere.

Con ciò la Giunta intende giovare alla più larga applicazione curativa di tale rimedio indispensabile in certe forme morbose, continuando quell'azione che in argomento era stata segnata anche dalla precedente Amministrazione.

**L'Ospedale pei bambini di Milano.**

In un'adunanza di benefattori ed azionisti furono assodate le soddisfacenti condizioni finanziarie dell'Istituto e ne fu rilevato l'incremento dei servizi sanitari nel 1914 (un migliaio di bambini accolti; circa 10,000 visite d'ambulatorio, contro 4400 del 1910).

**Conversione di beneficenza.**

La «Gazzetta Ufficiale» pubblica un R. Decreto 6 maggio 1915, col quale, su proposta del ministro dell'interno, il fine inerente al patrimonio della confraternita di San Giovanni Battista in Castellazzo Bormida (Alessandria), è trasformato a favore degli inabili al lavoro, ed il patrimonio medesimo è concentrato nella locale Congregazione di carità.

**Nuova condotta.**

Il Consiglio comunale di Sesto San Giovanni (Milano), un paese il quale conta oltre 14,000 abitanti, ha approvato un ordine del giorno col quale si conferisce formale mandato alla Giunta perchè abbia, senza ulteriori dilazioni, ad indire il concorso per la terza condotta medica piena.

**La Scuola infermiere della Croce Rossa a Benevento.**

La Croce Rossa, con la Scuola delle infermiere, sorta a Benevento sotto la direzione dell'insigne prof. Pascale, ha assunto un impulso veramente degno di ammirazione. La scuola è stata inaugurata da una splendida conferenza dell'illustre prof. Versari, che fu presentato con parola simpatica dal presidente prof. Pascale, che fece rilevare come veramente il Versari è il degno successore del prof. Antonelli nell'Ateneo Napoletano. Intervennero i soci e le socie della Croce Rossa, il prefetto e la figliuola, le autorità civili e militari e tutto un pubblico cittadino che interruppe spesse volte con applausi che si ripetettero intensi alla fine della conferenza. L'indomani il prof. Versari fece una seconda conferenza non meno importante della prima, e prima di ripartire per Napoli, il prefetto con gentile pensiero volle che egli con tutto l'Ufficio di presidenza della Croce Rossa, sia della sezione maschile, sia della sezione femminile, intervenissero ad una familiare colezione, cui presero parte anche il sindaco cavaliere Isernia, il deputato on. Basile, il presidente della Deputazione comm. Meomartini.

La terza conferenza venne affidata al prof. Albaique.

**Infermiera scolastica a Busto Arsizio.**

Su proposta dell'ufficiale sanitario dott. Davide Brichetto, è stata nominata una infermiera scolastica per la sorveglianza della pulizia e dell'igiene degli alunni; sarà in certo modo l'aiutante del medico scolastico.

**Propaganda igienica.**

Sin dal passato anno il Ministero della P. I. autorizzava il dott. L. Piazza da Lentini a tenere in quella R. Scuola tecnica un corso di conferenze d'igiene secondo il programma stabilito dallo stesso Ministero fra le scuole medie del Regno.

Tale corso venne felicemente iniziato nel gennaio e regolarmente proseguito sino al maggio ultimo: alle conferenze e alle proiezioni che le illustravano assistettero con grande interessamento, oltre agli alunni delle varie classi, il direttore della scuola e parecchi professori.

**Sospensione della legge sul lavoro dei fanciulli.**

È stato pubblicato un decreto luogotenenziale che sospende, per il periodo della guerra e per i figli di età dai 12 ai 15 anni compiuti dei militari richiamati o trattenuti alle armi, l'obbligo di possedere un determinato grado di istruzione per essere ammessi al lavoro a norma delle vigenti leggi sul lavoro delle donne e dei fanciulli, salvo il prescritto completamento dell'istruzione secondo prescrizioni che a suo tempo saranno emanate. L'autorità che rilascia il libretto di ammissione al lavoro vi apporterà l'annotazione che il rilascio è stato fatto in base alle disposizioni del suddetto decreto.

**Cura gratuita per i poveri a Montecatini.**

Anche quest'anno i poveri d'ogni provincia d'Italia saranno ammessi alla cura gratuita delle acque a Montecatini, come da avviso della Società di quelle Terme.

Coloro che desiderano essere ammessi nell'«Istituto di cura gratuita per i poveri» dovranno inviare alla Direzione della Società Esercente le Regie e Nuove Terme di Montecatini in «Bagni di Montecatini» domanda in carta libera accompagnata dall'attestato del medico curante e dal certificato di miserabilità.

Si avverte tuttavia che, come pel passato, i turni di cura sono di quaranta ammalati, ed hanno la durata di quindici giorni ciascuno.

**Per i porta-feriti.**

Il grand'uff. dott. Gino Modigliani di Milano — assecondando una iniziativa della «Milano Sanitaria» — ha consegnato al signor colonnello comm. dott. Ettore D'Angelantonio, direttore di Sanità militare di Milano, dieci cartelle da lire 100 del nuovo prestito.

Con esse saranno formati cinque premi da lire 200 da assegnarsi a quei caporali o soldati porta-feriti del III Corpo d'armata che risulteranno, per rapporto degli ufficiali medici, «degni di elogio per diligenza ed oculatezza» nel disimpegno del pietoso compito della inumazione e della cremazione dei cadaveri sui campi di battaglia.

I cinque premi saranno distribuiti il giorno 20 settembre prossimo.

**Il premio austriaco alla pietà italiana.**

L'«Agenzia Stefani» comunica in data 16 luglio:

Ieri, presso Monfalcone, mentre un sacerdote, in veste talare, ed alcuni ufficiali medici e por-

taferiti, protetti da una bandiera di neutralità, attendevano, fuori delle nostre trincee, all'opera pietosa di seppellire una trentina di cadaveri nemici, venivano improvvisamente fatti segno a vivo fuoco di fucileria. Stante la brevissima distanza dalla quale il nemico faceva fuoco, non vi è alcun dubbio che l'inumano attacco sia stato scientemente eseguito.

L'intero drappello dovette rinunziare alla sua opera perchè il cappellano e due soldati vennero feriti in premio del pericoloso e pietoso incarico che si erano generosamente assunti.

**Il colera in Austria.**

Notizie da Vienna a Zurigo recano:

Secondo il bollettino pubblicato dal Ministero dell'interno in data 12 luglio, vi sono stati 787 casi di colera, la maggior parte dei quali in Galizia.

**L'eroismo di un capitano medico nell'affondamento dell'« Amalfi ».**

La « Tribuna » reca da Barletta la seguente corrispondenza del 16 luglio:

La cittadinanza è tutta pervasa d'entusiasmo per l'atto nobilissimo, eroico e generoso compiuto dal nostro concittadino dott. Gallina Socrate fu Ruggero, capitano medico della R. nave « Amalfi ». Mentre a babordo, squarciata la carena, la bella nave s'inclinava rapidamente per scomparire poi subito dopo nel mare, gli uomini di bordo che fecero a tempo a balzare in acqua, si trovarono davanti ad un altro più terribile nemico, costituito dall'immane gorgo che si andava formando.

Fra essi il macchinista capo, che cercava vigorosamente nuotando di allontanarsi, fu da una ondata risospinto verso la poppa della nave: le eliche turbinavano a fior d'acqua, quasi nel vuoto, e ben presto una pala di esse colpì l'ufficiale al braccio sinistro..... L'urlo di dolore fu udito e compreso dal capitano medico Gallina, il quale, esponendosi a grave pericolo, ed avvalendosi della sua forza erculea, si diresse verso il luogo ove, già fuor di sensi, il macchinista era sul punto di scomparire. Sollevato il naufrago e accortosi della sua grave emorragia, il capitano si tolse la cinghia dai fianchi; poi, lottando col mare, si trasse dietro il povero ferito.

Poco dopo le sopraggiunte torpediniere raccolsero i due valorosi, che erano già per soccombere.

Per tale eroica condotta del capitano Gallina, si è iniziata qui una privata sottoscrizione onde coniare una medaglia d'oro da offrirsi al valoroso.

**Emozionante esame di laurea alla Sorbona.**

Si ha da Parigi, 18 luglio:

Ieri un laureando in medicina, tale Perry, di Grenoble, si è presentato agli esami. Egli aveva la medaglia militare della Croce di guerra; svolse la sua tesi sul trattamento delle ferite alle coscie. Era egli stesso gravemente ferito a una coscia dalle scheggie delle granate tedesche.

Il prof. Letulle encomiò la tesi perchè rappresentante per il candidato un lavoro vissuto e sofferto.

Dopo poche parole del celebre Hartmann, presidente della giuria, il candidato cominciò ad esporre il suo soggetto ed a citare esempi; ma evocando le ore vissute delle battaglie, ricordando i cari compagni morti, la voce gli si spense nella gola, chinò il capo e non potè continuare.

Ciò non impedì agli esaminatori di accordargli la menzione « benissimo ».

**Un sanatorio saccheggiato.**

La « Gazette de Lausanne » narra il seguente episodio:

Nella Val Sugana, sulla riva destra del Brenta, si trova un sanatorio di proprietà di un certo dottor Floriani.

Un giorno una pattuglia italiana spinse le sue ricognizioni fino a questo sanatorio; trovò la casa abbandonata, poichè il proprietario era in servizio militare.

L'ufficiale ebbe cura di far chiudere le porte e di assicurarsi che tutto fosse in ordine.

Pochi giorni dopo una pattuglia italiana ritornò allo stesso posto e trovò il sanatorio completamente saccheggiato.

I mobili erano stati distrutti, gli istrumenti medici e tutto ciò che poteva asportarsi, rubati. Chi erano stati gli autori di tale vandalismo? Si tratta di quei loschi elementi che le autorità austriache hanno scatenato su quelle regioni per dar valore alla leggenda di una maggioranza antiirredentista nella popolazione indigena ».

**Sottoscrizione americana per la Croce Rossa Italiana.**

Un Comitato italiano costituitosi a Filadelfia aveva raccolto, fino al 16 giugno, 10,000 lire a favore della Croce Rossa Italiana (*Journal A. M. A.*).

**Cani sanitari tedeschi.**

Funziona sotto la Direzione di sanità una Società tedesca di cani militari (Deutsche Verein für Sanitätshund), la quale si occupa esclusivamente dell'educazione e diffusione dei cani atti alla ricerca dei feriti sperduti.

In tutti i reggimenti tedeschi vi sono delle « Sanitäscompanien », dirette da un maggiore medico; ogni Compagnia ha almeno quattro cani sanitari; quando i portabarelle si mettono in cammino i conducenti di cani li seguono. Tali cani portano al collare un campanello molto sonoro. Quando il cane ha trovato un ferito, il conducente lo avverte anzitutto dalla cessazione del suono e poi per i latrati del cane, il quale non cessa di latrare sino a che il suo padrone non è giunto sul luogo del soccorso.

---

A Siena si è spento il prof. **Enrico Gagnoni**, direttore di quella R. Clinica pediatrica.

A Gratz è morto di vaiuolo **H. Hammerl**, professore d'igiene.

A Francoforte è molto il prof. **Ugo Apolant**, ben noto per i suoi studi sul cancro sperimentale.

Sono morti di tifo esantematico in un ospedale della Serbia, sovraccarico di malati, i dottori **Donnelly** e **Cooke** di Nuova York.

---

# Rassegna della stampa medica.

*Gior. intern. d. Sc. Med.*, 15 giu D'AGOSTINO: Ortopedia applicata alla chirurgia di guerra. — BAISI: Trapianto della cartilagine articolare.

*The Americ. Journ. of the Med. Sc.*, giu. FORDYCE: Sulla patologia della sifilide. — FROTHINGAM: Diagnosi e prognosi della nefrite cronica. — MC. CLANAHAN e MOORE: L'esame delle feci infantili. — BALDWIN: L'immunità nella tubercolosi. — BRAY: La febbre dei tubercolotici. — KNOWELS: La pellagra nell'infanzia. — HECKER: Il sangue nella piorrea alveolare.

*Gazz. d. Osp.*, 13 giu. D'EMIDIO: Riattivazione biologica della reazione di Wassermann. — COSTANTINI: Casi di meningite cerebro-spinale epidemica.

*Medic. Record*, 12 giu. ERNHOK: La secrezione pancreatica.

*The Journal A. M. A.*, 12 giu. YATES e BUNTING: Trattamento della malattia di Kodgkin. — PUSEY: L'inizio della sifilide. — STILZIANS, KOLMER: La reazione di Landau nella sifilide. — ROSENOW e OFTEDAL: Riproduzione sperimentale dell'Herpes zoster. — LENT: Pneumotorace artificiale.

*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, giu. STEIN e WISCULY: Lo zucchero del sangue: — COOKE: Corioepitelioma del testicolo. — BLOOMFIELD: Ascessi del fegato da streptothrix.

*Trop. Diseases, Bull.*, giu. Relazioni sull'igiene tropicale.

*The Journ, of Trop. Med. a. Hyg.*, 15 giu- WENYON: Ematozoi pigmentati degli animali a sangue freddo.

*Rev. Clin. de Madrid*, 15 giu. VILLAVERDE: Atassia cerebellare congenita.

*Pathologica*, 15 giu. BIZZARRI: Il complemento umano nella reazione di Wassermann. — TALLO: Chemoterapia nell'infezione melitense.

*La Clin. Ostetr.*, 15 giu. ISIDORI: Protezione dell'infanzia durante la guerra. — COBAU: I problemi sessuali della guerra.

*La Presse Méd.*, 17 giu. COLARD: La profilassi della febbre tifoide in guerra. — SABOURIN: L'immunità antitubercolare ereditaria.

*The Lancet*, 19 giu. GIFFITH: La tubercolosi delle glandole cervicali. — WILLIAMS: Il reumatismo nei bambini. — LEA: Blocco cardiaco, ecc.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 19 giu. SBROCCHI: Il singhiozzo nelle affezioni dell'apparato cardio-vascolare.

*Brit. Med. Journ.*, 19 giu. RANKIN: La dispepsia da fatica. — LEA: La prognosi nelle malattie di cuore. — KINBOCK: Come distruggere i pidocchi ed altri parassiti. — HEATH: Metodo Wassermann senza l'uso del siero di cavia.

*Pensiero Med.*, 20 giu. RUSCA: Traumatologia dell'addome. — SACCÀ: Sulla nevrosi traumatica. — MANTELLA: Etiopatogenesi e terapia dell'idrocefalo cronico.

*Il Morgagni*, 20 giu. BERTARELLI: I metodi di urgenza per rendere potabili le acque destinate all'alimentazione.

*Riv. di Patol. Nerv. e Ment.*, 21 giu., RONCORONI: Sulla patogenesi dei sintomi clinici di lesioni cerebellari. — FRIGERIO: Paralisi progressiva a sintomatologia atipica.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 15 giu. MAIRET, PIÉRON e BOUZANSKY: « Sindrome commozionale ». — SARTORY, SPILLMANN e LASSEUR: Tifo-diplococcia e meningite cerebro-spinale.

*Gazz. d. Osp.*, 20 giu. FANTOZZI: Trattamento della fistola anale con escissione e sutura.

*Paris Méd.*, 19 giu. SCHWARTZ e MOULENGUET: Forma anomala di tetano. — Medicina di guerra.

*Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, 20 giu., GEY: Ferite e chirurgia di guerra. — BURMANN: I vasocostrittori nell'anestesia locale.

*La Presse Méd.*, 24 giu. Medicina di guerra.

*The Boston M. a. S. Journal*, 17 giu., GOLDTHWAIT: Una concezione anatomica e meccanica della malattia. — PALMER: L'infezione tubercolare. — HARDWICK: Esame dei psicopatici asociali.

*The Journal A. M. A.*, 19 giu. BLOODGOOD: Aspetti medici del carcinoma gastrico. — W. J. MAYO: L'ulcera duodenale cronica. — JABLONS: Patologia della chirurgia di guerra. — SAWYER: La storia tardiva dei tifo-bacillofori.

*Medic. Record*, 19 giu., BOORSTEIN: Poliartrite cronica progressiva (artrite deformante). — MAYBAUM: Diagnosi e trattamento conservativo delle sinusiti. — MAYER: Come si prepara un articolo medico.

# Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

L. POZZI, *resp*.

Anno XXII. *Roma, 1 agosto 1915* Fasc. 31

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte*

# LAVORI ORIGINALI.

**Clinica traumatologica-ortopedica della Regia Università di Roma**
diretta dal prof. R. DALLA VEDOVA.

## Per l'assistenza ai reduci storpi e mutilati.

R. DALLA VEDOVA.

Le lesioni violente degli organi dell'apparecchio del movimento — ossa, articolazioni, legamenti, muscoli, tendini, nervi, nevrasse — siano semplici o complesse non sogliono per sè stesse essere mortali, ad eccezione di quelle del nevrasse, se non sono accompagnate o seguìte da complicazioni primitive o secondarie (emorragia ed infezioni).

Esse, anche quando decorrono non disturbate da complicazioni fino all'esito in cicatrice, guariscono tutte con un *deficit* anatomico; che rappresenta la risultante di quattro fattori, l'ultimo dei quali antagonista agli altri tre; e cioè: *a*) della perdita di sostanza primitiva dell'organo; *b*) della degenerazione traumatica; *c*) della infiltrazione più o meno diffusa di connettivo di neoformazione cicatriziale; *d*) minorate dalla estensione e dalla importanza della rigenerazione dei tessuti specifici.

Dal punto di vista della funzione (movimento) tale *deficit* può essere in molti casi del tutto trascurabile; come ad esempio in una ferita di un muscolo, determinata da un'arma da punta e taglio, che abbia interessato il ventre muscolare parallelamente alle sue fibre, oppure in esso prodotta da un proiettile (di arma portatile moderna, da guerra) che lo abbia colpito, nella zona di perforazione, limitandosi a tunellizzarlo: nell'un caso e nell'altro, appena che la cicatrice dei connettivi (perimisiali) e la rigenerazione specifica avranno colmato lo spazio occupato dal primitivo coagulo, la funzione contrattile del muscolo potrà riprendere senza difficoltà (se almeno non coesistano altri ostacoli), e ben presto potrà ristabilirsi al normale; appena che cioè sia compensata la atrofia da inerzia che nei primi giorni, seguenti al ferimento, si era stabilita nel muscolo.

Ferite di questo genere — agli effetti pratici — si possono considerare come guaribili senza *deficit* anatomico, data la sua minore entità e sopratutto data la attitudine che ha il restante del muscolo a ipertrofizzarsi.

Ma le lesioni prodotte dai proiettili di piccole armi portatili (fucili e mitragliatrici) hanno ben altri caratteri se interessano lo scheletro o se il proiettile ha raggiunto il bersaglio dopo aver subìta una modificazione nella forma o nella resistenza del suo involucro (di rimbalzo, dumdumizzato, ecc.); perchè allora le lesioni presen-

tansi assai più estese e più gravi. Ancor più estese sogliono essere le ferite prodotte da proiettili o da frammenti di proiettile di artiglieria (lacere e gravemente contuse), e queste solo eccezionalmente possono decorrere senza complicazioni infettive.

Talchè, sia nelle ferite da proiettili di arma portatile che in molte di quelle da artiglieria, a causa

*a*) della estensione della primitiva perdita di sostanza,

*b*) della estensione della degenerazione traumatica,

*c*) della estensione e della quantità di tessuto di cicatrice che viene a colmare la ferita, strozzando e inibendo i tentativi di rigenerazione dei tessuti specifici e imbrigliando e saldando nella cicatrice l'organo leso con gli organi vicini, così da ostacolarne poi lo scorrimento,

*d*) e finalmente della atrofia da inerzia (determinata dalla immobilità, alla quale l'organo dell'apparecchio del movimento suole essere condannato durante la evoluzione della ferita) soltanto nel minor numero dei casi il *deficit* anatomico potrà essere considerato come del tutto trascurabile: in tutte le altre esso avrà naturalmente varia importanza a seconda della entità e della complessità della lesione primitiva e della sua evoluzione.

Fra le lesioni che guariscono con un *deficit* anatomico trascurabile o appena apprezzabile agli effetti funzionali, e le lesioni che guariscono con gravi deformità (osteogene, artrogene, miogene, desmogene, neurogene, dermatogene), e finalmente quelle che guariscono soltanto a costo di mutilazioni, sono scaglionabili in una vasta scala tutte le ferite che le varie armi determinano negli organi dell'apparecchio del movimento.

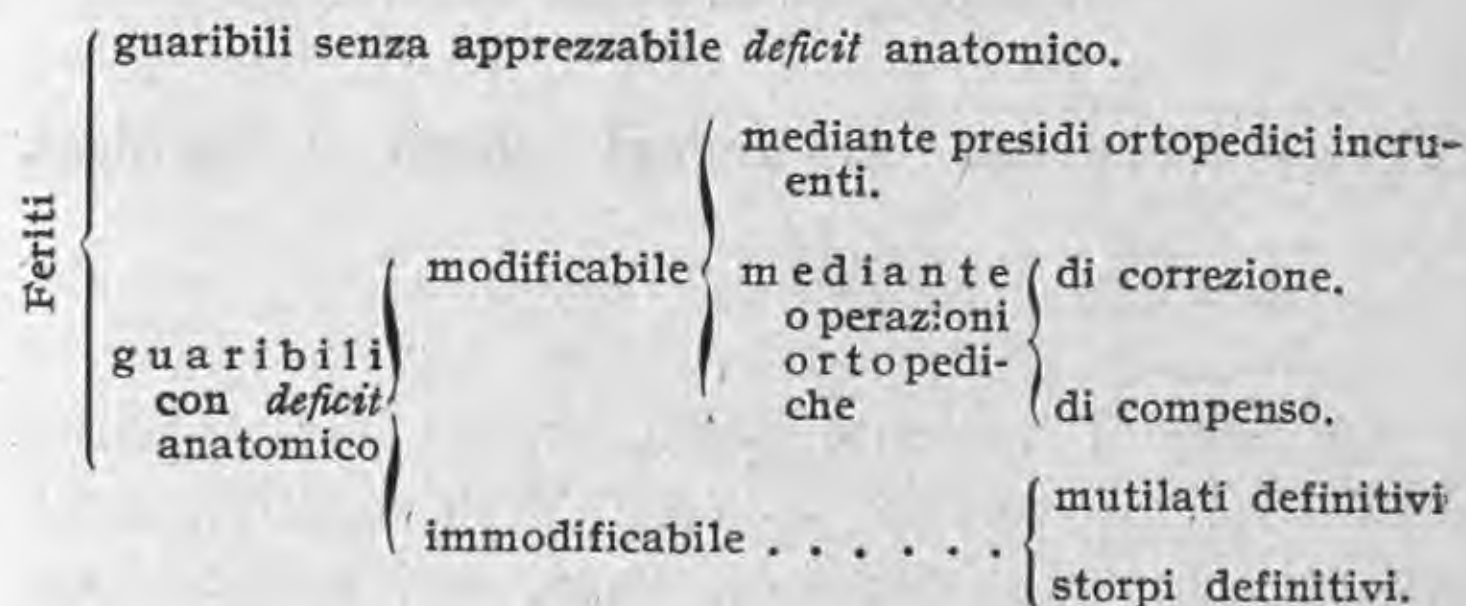
E poichè queste lesioni, salvo rare eccezioni (lesioni del nevrasse) non sogliono per sè stesse essere mortali, e poichè nella organizzazione del pronto soccorso, preparato ai feriti in guerra, sarà possibile nel maggior numero dei casi di provvedere alle complicazioni primitive pericolose di vita (emorragia, compressione), e sarà spesso possibile di profilassare il ferito da complicazioni secondarie (infettive) — o quanto meno debellarle nel loro significato pericoloso di vita — è prevedibile che il maggior numero dei feriti dell'apparecchio del movimento potranno sopravvivere e guarire delle loro gloriose ferite.

Questa conclusione non discende dalla sola teoria, ma ha pieno conforto nella esperienza, se per es. le ferite da arma da fuoco dello scheletro, che nella guerra franco-prussiana del '70 hanno data una mortalità del 70-80 %, nelle guerre più recenti hanno abbassata la loro mortalità al disotto del 10 %, e, secondo dati recentissimi (Lange, 1915), forse al 1-2 % nella guerra attuale.

Se adunque la grandissima maggioranza dei feriti dell'apparecchio del movimento è destinata a sopravvivere all'aspra lotta, e se nel contrasto di masse ingenti di combattenti il numero dei feriti raggiunge cifre favolose (nella battaglia della Marna si sono avuti 112,000 feriti nel solo campo francese), dato il fatto che la loro guarigione mai si può avere senza un qualche *deficit* anatomico, molte volte trascurabile agli effetti della funzione (movimento), ma pur troppo spesso invalidante, è intuitivo che il numero dei sopravvissuti debilitati alle esplicazioni professionali del movimento (storpi e mutilati) dalle guerre attuali raggiungerà cifre imponenti. E questa illazione non è semplicemente teoretica se dopo i primi 5 mesi di guerra (ai primi di gennaio u. s.) già si contavano ben 30,000 storpi e mutilati fra i tedeschi che avevano partecipato alla guerra (Biesalski)!

* * *

Agli effetti della possibilità che sia mantenuta nei feriti la attidutine funzionale dell'apparecchio del movimento, essi possono essere distinti dal punto di vista prognostico e curativo in

- Feriti
  - guaribili senza apprezzabile *deficit* anatomico.
  - guaribili con *deficit* anatomico
    - modificabile
      - mediante presidi ortopedici incruenti.
      - mediante operazioni ortopediche
        - di correzione.
        - di compenso.
    - immodificabile . . . . . .
      - mutilati definitivi
      - storpi definitivi.

I feriti dell'apparecchio del movimento, guaribili senza apprezzabile *deficit* anatomico, se non siano andati soggetti ad altre lesioni o a complicazioni o a gravi minorazioni *ex non usu*, riacquistano facilmente le loro condizioni funzionali normali (tanto più rapidamente se possano fruire della terapia fisica). E a questo gruppo, per buona sorte, appartiene una grande parte dei feriti da pallottola (di *shrapnel* e di fucile) che non abbiano determinate lesioni scheletriche.

Per tutti gli altri feriti (dell'apparecchio del movimento), che sono guaribili con *deficit* anatomico, la funzione sarà variamente minorata a seconda della importanza del *deficit* stesso: e la debilitazione funzionale (e la incapacità al la-

voro) sarà tanto più limitata per quanto più intensa azione (di correzione e di compenso) potrà esercitare su di essi la ortopedia e per quanto meno tardiva potrà esplicarsi tale assistenza ortopedica.

In altri termini, in un larghissimo gruppo di tali feriti il *deficit* anatomico è modificabile da adatti provvedimenti (ortopedici) se questi possano esplicarsi durante la evoluzione della ferita; in molti di questi feriti il *deficit* anatomico e funzionale può ancora essere modificato utilmente anche quando la lesione è già guarita (e fra questi molti storpi e mutilati in qualche modo valorizzabili).

Abbiamo finalmente un altro gruppo di tali feriti, guaribili con *deficit* anatomico immodificabile, nei quali la antica funzione motoria in veruna guisa non potrà più ripristinarsi (storpi e mutilati definitivi).

E poichè nella evoluzione della ferita dei guaribili con *deficit* anatomico, abbiamo un periodo nel quale con provvedimenti ortopedici possiamo in molti casi evitare che si complichi una equivalente minorazione funzionale e nella gran parte dei rimanenti possiamo procurare alla minorazione compensi (se non completi almeno parziali), e poichè finalmente con adatti provvedimenti ortopedici possiamo minorare la debilitazione in una quota parte notevolissima degli storpi e perfino dei mutilati, ne viene che nel gruppo dei feriti (dell'apparecchio del movimento) guaribili con *deficit* anatomico il numero degli storpi e dei mutilati *definitivi* avrà *tanto minore estensione* per quanto *più precoce e più attiva potrà esplicarsi su questi feriti la assistenza ortopedica.*

***

È ovvio che nella cura delle ferite dell'apparecchio del movimento debbano possibilmente essere seguìti quei criterî ortopedici, che nella pratica civile rappresentano elementi profilattici alle debilitazioni che si stabiliscono non come conseguenza necessaria della lesione, ma per cura insufficiente da parte di chi assiste il ferito.

Su questi criterî ho richiamata l'attenzione dei lettori di questo stesso periodico, poche settimane addietro (Sez. Prat. 20 giugno 1915); ed ho cercato di mantenere in piena evidenza che nelle lesioni traumatiche dell'apparecchio del movimento — assolte le indicazioni terapeutiche di primo soccorso — l'assistenza medica, lungi dall'aver esaurito il suo compito, ha ancora largo campo di attività, nell'ottemperare alle indicazioni ortomorfica e funzionale, « deve infatti provvedere fin dall'inizio della cura, ma sopratutto durante la ulteriore evoluzione della lesione, acchè la forma e più specialmente le complesse funzioni degli organi della regione colpita e delle contigue possano mantenersi o ristabilirsi in condizioni quanto più è possibile simili alle normali ».

Mi limiterò qui a porre in chiaro che quei criterî — se possono trovare loro piena applicazione nella assistenza sanitaria ai traumatizzati della pratica civile — non sempre potrebbero essere applicati ai feriti in guerra; non già per minore esperienza, o per trascuratezza dei sanitarî, che con tanto amore e con tanta abnegazione offrono a questi feriti le loro cure, ma per la ineluttabile necessità di sgomberare dai feriti le formazioni sanitarie di prima linea, avviandoli nelle unità sanitarie retrostanti, disseminandoli nell'interno del paese; necessità che deriva da ragioni molteplici (di indole militare, igienica, tecnica e morale).

Ora nello affollamento di feriti in ambienti sanitari improvvisati (in prima linea), nella contemporanea presenza di feriti gravi, che assorbono le maggiori energie sanitarie a detrimento di quei feriti (dell'apparecchio del movimento) che mai non hanno presentato, o che ormai più non presentano un pericolo *quoad vitam,* nel necessario allontanamento dalla prima e seconda linea di tutti quei feriti che possono tollerare il trasporto (e tali sono la grande maggioranza dei feriti dell'apparecchio del movimento), e nel conseguente necessario cambiamento della sorveglianza sanitaria da parte dei medici delle varie formazioni, troviamo ragione ad affermare che la assistenza sanitaria di questi feriti riesce meno minuziosamente accurata di quanto sarebbe necessario nel loro interesse: tanto che possono consolidarsi in essi delle invalidità che non avrebbero rappresentata una necessaria conseguenza della lesione e sarebbero state probabilmente evitabili se non fossero stati trascurati i fondamentali criterî ortopedici profilattici nel loro trattamento.

È quindi da desiderare che, anche dal punto di vista dell'esito funzionale, questi feriti siano trasportati quanto prima possibile in quegli ospedali territoriali nei quali possano poi restare fino a guarigione *completa* delle loro ferite.

Qui infatti — nella continuità di sorveglianza da parte dello stesso sanitario — il ferito potrà più facilmente essere profilassato da quelle debilitazioni dell'apparecchio del movimento che non sono conseguenza necessaria della lesione, epperò sono evitabili.

Ma purtroppo anche la assistenza sanitaria più oculata non sarebbe in grado di evitare che

si stabilissero debilitazioni gravi, ogni volta che in presenza di lesioni di tale natura, che portano necessariamente a storpiature (fratture complesse, fratture articolari, sezioni di tendini, sezioni di nervi, lesioni del nevrasse) limitasse la propria attività semplicemente ad ottenere la cicatrizzazione della ferita.

Quelle lesioni, nelle quali il *deficit* anatomico riconosciuto rende prevedibile come esito necessario una storpiatura, non dovrebbero esser lasciate consolidare senza quei provvedimenti *ortopedici* che per sè soli o preparando la via a compensi successivi, rendono evitabile se non la deformità almeno quel grado estremo di deformità che sarebbe altrimenti seguìta.

E in ogni modo il ferito nel quale siasi consolidata una deformità, appena lo consentano le condizioni della ferita (ottenutasi la cicatrizzazione), dovrebbe fruire del beneficio della cura ortopedica, sia pure secondaria: e ne dovrebbe fruire:

*a*) nell'interesse militare attuale (conservazione degli effettivi);

*b*) nell'interesse del ferito dal punto di vista civile (esplicazione professionale in qualche mestiere);

*c*) e finalmente nell'interesse dello Stato: che assume il gravame delle pensioni, proporzionali al grado della invalidità consolidata, e che rinuncia a un contributo tanto maggiore di lavoro per quanto maggiore è il numero di individui invalidi che, quando fossero valorizzati, passerebbero nel numero dei contribuenti.

Non possiamo infatti trascurare che numerose paralisi possono essere migliorate o guarite per interventi sul cranio o sull'encefalo anche quando la ferita sia già cicatrizzata. I nervi troncati possono essere suturati o essere liberati da aderenze che li strozzano impedendone la funzione. Se i monconi dei nervi feriti non sono accessibili possono essere eseguiti impianti parziali di nervi sani su quelli paralizzati.

Tendini interrotti possono essere (secondariamente) sostituiti da tendini artificiali; oppure fra i monconi tendinei possiamo trasportare un tratto di un altro tendine dello stesso individuo, oppure praticare uno di quei trapianti tendinei che dalla Clinica ortopedica vengono così largamente impiegati nel trattamento della paralisi infantile.

Se in conseguenza di ferite delle parti molli o dello scheletro residua rigidità o anchilosi delle articolazioni, ribelli alla terapia fisica, queste possono essere rese mobili per via cruenta: se si sono consolidati spostamenti fra i monconi di fratture comminute, questi calli deformi possono essere ricondotti per via cruenta nella buona direzione dei frammenti: se invece residua una pretermobilità in corrispondenza di un focolaio di frattura, è possibile di trattarla così da ottenerne la consolidazione ossea: un callo osseo che si svolge a ponte fra due ossa parallele, che dovrebbero essere libere pel movimento ad esempio dell'avambraccio, può essere allontanato, restituendo all'organo la possibilità alla pronazione e alla supinazione, tanto importanti in ogni impiego professionale della mano.

La meccanoterapia, il trattamento con l'aria calda, la diatermia, l'elettroterapia, il massaggio e l'idroterapia costituiranno altrettanti elementi terapeutici sussidiari, *integrativi* del trattamento ortopedico cruento, diretto a porre in valore quanto residua di organi funzionanti negli arti lesi degli storpi.

Non possiamo cioè trascurare che — quegli stessi presidî, che ci permettono molte volte di correggere deformità congenite dell'apparecchio del movimento e storpiature acquisite nella prima infanzia, potendo altrettanto utilmente essere posti in opera nella cura dei feriti — la società civile dovrebbe sentirsi in diritto di vederli impiegati nei reduci storpi dalla bella lotta; e per questi ultimi dovrebbe rappresentare un diritto di poterne fruire: così come per i reduci che, o sul campo o in seguito a ferite incontrate in guerra hanno perduto questo o quel membro, rappresenta un diritto di esser provvisti di apparecchi di protesi. E qui non intendo alludere ad apparecchi costruiti a scopo cosmetico, ma ad apparecchi costruiti ai fini del lavoro; al quale storpi e mutilati dovrebbero essere restituiti.

Dovrebbe adunque funzionare in taluni ospedali territoriali un *servizio ortopedico* dove potessero trovare adeguate cure quei feriti che necessariamente andrebbero incontro a storpiature e quelli nei quali la storpiatura o la mutilazione già in atto fosse valorizzabile.

***

La assistenza agli storpi e ai mutilati nella vita civile — similmente alla assistenza ai ciechi e ai sordomuti — non può più limitarsi, nella concezione moderna, ad offrire loro un pane e un ricovero; ma si propone come scopo di restituirli alla autonomia sociale, rendendoli atti al lavoro e al guadagno.

Nè un fine differente può proporsi la assistenza a quanti nella santa lotta, richiesta loro dalla Patria, hanno riportate ferite che possono lasciare come retaggio una storpiatura o un moncherino. Epperò la assistenza ai reduci storpi e mutilati vedrebbe fallito il proprio scopo se si

limitasse ad esplicare solamente una azione di indole strettamente sanitaria.

Questi provvedimenti sanitari (ortopedici) rappresentano infatti un mezzo, epperò non sono identificabili al fine. Un mezzo necessario nel maggior numero dei casi per raggiungere la valorizzazione degli storpi: un mezzo davvero non trascurabile nella valorizzazione dei mutilati, specialmente in quelli dove la mutilazione (eseguita con processi di necessità e di urgenza) richiede modificazioni secondarie (cruente o incruente) del moncone per renderlo adatto alla protesi.

La assistenza ortopedica dei reduci e degli storpi — dicevo — rappresenta un mezzo, spesso imprescindibile, al raggiungimento del fine ultimo: ma la trasformazione dell'invàlido da parassita in autossita, atto al lavoro e al guadagno, la sua nobilitazione all'autonomia economica nel maggior numero dei casi non sarebbe raggiungibile se lo sforzo fatto dalla assistenza sanitaria (ortopedica) per minorare la limitazione funzionale non andasse poi ad integrarsi nella utilizzazione delle nuove condizioni anatomiche, che l'ortopedia ha bensì potuto determinare, ma che non potrebbe mantenere se lo stimolo funzionale non intervenisse a trasformarle adattandole e allenandole allo scopo del lavoro.

Agli storpi ed ai mutilati non basta cioè di aver fruito di tutti i mezzi ortopedici (chirurgici ed integrativi), non basta di esser stati muniti dei necessarî tutori o degli apparecchi di protesi, se l'organo o gli organi accomodati non vengono riadattati, rieducati al lavoro utile in armonica sinergia col restante dell'organismo.

Nessuno potrebbe negare nè escludere che anche in questa educazione speciale la autodidattica possa dare i risultati più brillanti. Animi temprati e dotati di sufficiente energia ed intelligenza riescono a trarsi d'impaccio da soli.

E infatti all'autodidattica furono abbandonati gli invalidi delle guerre di un tempo, limitandosi la società a sovvenzionarli di una pensione vitalizia.

Taluni fra essi hanno voluto tornare al lavoro così intensamente da trovare nelle proprie iniziative i compensi e gli adattamenti necessarî alla loro storpiatura o alla loro mutilazione, riadattandosi al primitivo mestiere o apprendendo una nuova professione, anche senza il sussidio sanitario e senza l'aiuto di maestri.

Ma la grande maggioranza degli storpi e dei mutilati, anche dopo trattati ortopedicamente, e muniti dei tutori o della protesi, davanti alle difficoltà dei movimenti — e insieme, e forse più ancora, davanti alla difficoltà di trovare lavoro in concorrenza con persone sane — nella inclinazione alle idee melanconiche, in essi generate dal loro stato, che si fa centro della loro attenzione, difficilmente resistono all'allettamento dell'azione inebriante degli alcoolici, che per qualche momento annebbia il ricordo della loro minorazione; e che spesso apre loro la via a degradarli fino alla più squallida miseria morale, materiale e sociale.

Devono quindi storpi e mutilati esser guidati da educatori dei movimenti, ed essere aiutati e protetti dalla società per riacquistare la attitudine e il posto di lavoro che li restituisca alla autonomia sociale. Questa assistenza — in quanto debba esercitarsi distinta dalla assistenza sanitaria — può essere denominata *assistenza sociale* (perchè si informa allo scopo di redenzione sociale dell'invalido).

***

Essa però non potrebbe esplicarsi nella maniera più utile se non fosse iniziata fin dai primi tempi dello infortunio, prima ancora che siano guarite le lesioni anatomiche subìte dal ferito: deve quindi, almeno per un certo tempo, marciare di pari passo con l'assistenza sanitaria (più utilmente se esercitata da parte del medico stesso); salvo poi ad acquistare diritto ad esplicarsi da sola quando la assistenza medica abbia esaurito il proprio compito sanitario.

Non prendendo infatti a considerare altre ragioni mi limito a porre in evidenza le considerazioni seguenti.

La armonica attività degli organi dell'apparecchio del movimento, coordinata ai fini specifici del lavoro, presuppone due condizioni: e cioè che gli organi (passivi ed attivi) dell'apparecchio del movimento sieno adatti a compiere la loro funzione, ma anche che siano soggetti allo impulso dell'atto volitivo, che coordini la loro funzione.

Non basta cioè che sia mantenuta o restituita, quanto più possibile completa, la economia anatomica e la facoltà funzionale, ma deve anche essere mantenuta la attitudine alla volontaria e coordinata esplicazione delle funzioni.

Questa seconda condizione è altrettanto necessaria quanto la prima; ed anzi — starei per dire — ancora più importante della prima; perchè è ovvio che, anche con organi del movimento completamente sani, non è possibile la esplicazione di una serie di movimenti coordinati se manca un congruo atto volitivo (a meno che non siano in atto speciali stati morbosi quali si hanno negli psicopatici).

La necessità della coefficienza volitiva al conseguimento del ripristino funzionale trova dimostrazione palmare nella pratica traumatologica ed ortopedica degli infortunati.

Questi infatti — agli effetti dei risultati curativi — sia di lesioni traumatiche in atto, sia di esiti (in deformità) di traumi di antica data, ci costringono a mantenere completamente distinti gli assicurati dai non assicurati.

Nei *non assicurati*, appena che siasi stabilita la consolidazione anatomica della lesione, le pratiche ortopediche e terapeutiche integrative (terapia fisica) riescono rapidamente a ristabilire la funzione nei casi guariti in ortomorfismo; e non tardano a stabilire adattamenti e compensi nei casi dismorfici: negli infortunati *assicurati* invece il periodo necessario per raggiungere la guarigione funzionale si prolunga — *caeteris paribus* — per un tempo che raggiunge a volte valori favolosi (anche in casi in cui si può sicuramente escludere la coefficienza di esagerazioni o simulazioni).

Nella stessa maniera gli interventi (ortopedici) di correzione o di compenso di deformità traumatiche danno i risultati più favorevoli negli individui che non sono assicurati, mentre spesso vengono parzialmente a mancare allo scopo, o addirittura a fallire, negli assicurati, finchè almeno questi non abbiano liquidato lo indennizzo che loro compete per l'infortunio. Tanto che nella pratica ortopedica è pacifico che sia da rinunciare a interventi (cruenti) di correzione o di compenso di deformità se prima il paziente non ha chiuse le sue competizioni con la Società assicuratrice. Ciò che ridonda a danno dello infortunato stesso; in quanto è notorio che ogni intervento di correzione ha tanto maggiore probabilità di riuscita per quanto meno gravi sono le alterazioni che si sono stabilite negli organi del movimento come conseguenza secondaria del dismorfismo e dell'inerzia; eppero quanto più ritardato tanto meno facilmente può attingere la valorizzazione completa. Ma purtroppo questa inettitudine allo esercizio dell'organo già guarito, che gli infortunati assicurati presentano (almeno fino a liquidazione compiuta) — e che, quando non sia espressione della volontà di prolungare l'indennizzo, va riportata ad una *abulia* circoscritta, in essi determinata dalla *psicosi da rendita* — è conseguenza (non preveduta) delle provvidenze di legge per gli infortunati che costituisce bene spesso un intralcio così grave al raggiungimento dello scopo etico al quale la legge stessa si informa.

Ora non è dubbio che, se nella assistenza ai feriti in guerra che vanno incontro a storpiature o ai mutilati — veri infortunati durante la nobile esplicazione energetica richiesta loro dalla Patria, e da Questa assicurati — si lasciasse che l'attenzione del ferito fosse richiamata sulle sue condizioni fisiche, così da costituirla centro alle inclinazioni melanconiche e che queste potessero assumere il valore di una vera ossessione (di non poter più riprendere la attitudine al lavoro e al guadagno necessario a lui e alla famiglia), e ancora più si lasciasse stabilire una psicosi da rendita, si vedrebbero notevolmente minorati o resi inutili la maggior parte degli interventi di correzione o di compenso ortopedico, e verrebbero a mancare al loro scopo la maggior parte dei sussidî terapeutici integrativi; nè miglior fortuna sortirebbero la maggior parte degli sforzi diretti alla rieducazione e all'adattamento degli organi lesi.

Quindi la necessità che tanto la assistenza sanitaria quanto la assistenza sociale possano esplicare la loro opera di redenzione prima che intervengano fattori che possano frustrarle; prima cioè che le lesioni si siano *consolidate*.

***

La assistenza sociale, abbiamo detto, deve iniziarsi quando ancora la lesione è in atto; deve svolgersi durante tutto il periodo della cura ortopedica propriamente detta ed integrativa; deve già in questo periodo esplicarsi nella forma di rieducazione e riadattamento al lavoro fino a restituire allo storpio e al mutilato la attitudine a compiere la antica professione o una professione nuova, qualora le sue condizioni non siano assolutamente compatibili con il più facile riadattamento all'antico mestiere.

Ma non deve considerare terminata la sua opera quando lo storpio o il mutilato abbiano riacquistata la attitudine al lavoro e al guadagno: bensì deve *provvedere a rendere attuabile* la esplicazione della facoltà lavorativa, aiutando lo storpio e il mutilato a trovare i loro posti di lavoro nelle officine industriali e a proteggerlo nella concorrenza con gli individui sani.

E qui ritengo che lo Stato debba intervenire sia riaccettando alle loro primitive occupazioni tutti quei reduci storpi e mutilati in guerra, che già prima lavoravano nelle officine o negli uffici dello Stato, sia facilitando lo accoglimento alle proprie dipendenze, di storpi e mutilati rieducati, sia finalmente con provvidenze di legge, che stabiliscano quale debba essere la percentuale minima di reduci storpi e mutilati da occuparsi dall'industria privata in ciascun opificio.

***

Riferendoci alla classificazione che abbiamo fatta dei feriti degli organi dell'apparecchio del movimento dal punto di vista prognostico e cu-

rativo, agli effetti della possibilità che sia in essi mantenuta o restituita la attitudine funzionale ai fini del lavoro, risulta che la assistenza sociale ha meno intensa esplicazione in quei feriti che sono guaribili senza apprezzabile *deficit* anatomico, in quanto in questi la funzione suole ripristinarsi al completo: talchè soltanto in casi meno frequenti potranno abbisognare di aiuto per riacquistare la loro autonomia economica e sociale.

Ma è nel gruppo dei feriti guaribili con *deficit* anatomico che la assistenza sociale ha invece largo campo — e auguriamoci che sia ristrettissimo per il minor numero di tali feriti nella nostra guerra! — nel quale esplicare la sua azione; per lo più *integrativa* della assistenza sanitaria, e in qualche caso *esclusiva*, come negli storpi e mutilati *definitivi;* diretta a restituire alla società, rieducati all'antica professione, o educati a una professione nuova, la maggior parte di quei figli della Nazione, che partiti per la santa lotta nella gagliardia vigorosa nel fiore degli anni e schivati sul campo dalla bella morte, ritorneranno alla società invalidi, storpiati, mutilati dalle gloriose ferite.

La organizzazione della assistenza sanitaria e di quella integrativa sociale a questi feriti si impone non solo per ragioni di sentimento, ma più ancora per ragioni *economiche* e sopratutto per ragioni *etiche.*

**Istituto di terapia e radiologia della R. Università di Genova**
diretto dal prof. V. MARAGLIANO.

## Un nuovo metodo di localizzazione dei corpi stranieri

per il prof. VITTORIO MARAGLIANO

La base del metodo consiste in questo semplicissimo artificio: creare una quantità di punti di repere che si radiografano insieme col proiettile. Si troverà, allora, sempre quello che corrisponde al corpo straniero, punto di repere che potrà essere riportato sulla parte del corpo che si esamina.

*Istrumentario.* — Sono necessari due quadrati di tela gommata con tanti pezzi di piombo attaccati: questi sono quadrati per il superiore, per l'inferiore, invece, triangolari. Inoltre vi è la croce centrale di orientamento in ambedue.

Due quadrati della stessa grandezza di cartoncino impermeabile nei quali per mezzo di fori sono riportate esattamente le posizioni dei punti di repere di piombo e della croce centrale di orientazione.

*Modo di impiego.* — 1° Determinare o clinicamente o radioscopicamente e, se non si può altrimenti, anche radiograficamente la parte del corpo in cui si trova il proiettile.

2° Determinare con una radiografia spostando il tubo col metodo di Mackenzie Dawison la profondità del proiettile con un solo punto di repere situato sulla parte del corpo opposta alla lastra.

3° Mettere a posto le due tele quadrettate una sulla superficie del corpo opposta alla lastra, l'altra sulla superficie rivolta verso la lastra stessa.

Riportare diligentemente sulla pelle la posizione della croce centrale e disegni marcati sui bordi delle tele. Eventualmente ci si può dispensare dal collocare tutte e due le tele e limitarci a metterne a posto una sola.

4° Eseguire la radiografia senza spostamento di tubo e licenziare l'ammalato.

5° Sviluppata e fissata la lastra vedere a quale dei quadrettini o dei triangoletti corrisponde il proiettile, fissarne la posizione sopra uno dei modelli di carta forata.

6° Mettendo questo modello di carta forata sulla pelle del ferito, fissare definitivamente la posizione del proiettile sulla cute stessa.

Il secondo tempo può, nella massima parte dei casi, essere tralasciato e limitarsi al terzo, spostando poi in questo caso nel quarto tempo l'ampolla per determinare la profondità.

I vantaggi del metodo sono i seguenti:

Di potere determinare radiograficamente con una sola radiografia la posizione del proiettile che è la cosa più importante ed insieme anche la profondità; di potere appena eseguita la radiografia licenziare l'ammalato e rimandare i calcoli in seguito, colla assoluta certezza di poter riportare in modo esatto l'immagine radiografica sulla pelle dell'ammalato stesso.

L'apparecchio si può acquistare presso l'Istituto di elettroterapia e radiologia della R. Università di Genova. La scatola contenente quattro tele, due grandi e due piccole e 6 fogli di carta impermeabile perforati costa lire italiane 40 e si vende a beneficio della Croce Rossa.

## Ancora un'osservazione a proposito della eventuale potenzialità dell'apparecchio radiologico portatile della Sanità Militare

per il prof. M. SERENA, docente di terapia fisica.

Non mi dolgo delle critiche al mio articolo sulle caratteristiche della potenzialità dell'apparecchio portatile radiologico della Sanità Militare, mossemi dai proff. Ghilarducci e De Luca, perchè qualunque dibattito che tratti della nostra spe-

cialità si risolve in un movimento a favore del suo sviluppo. Però tali critiche potrebbero gettare il dubbio in tutti i colleghi radiologi, che occasionalmente dovessero impiegare per uso di guerra apparecchi portatili di piccolo rendimento, che questi non rispondano ai bisogni.

Ebbene, sappiano i colleghi radiologi che il prof. Busi, il quale attualmente come medico assimilato presta intensamente l'opera sua di radiologo in Bologna e fuori Bologna, disimpegna, *come io stesso vidi*, negli ospedali sprovvisti di impianti adatti, *qualunque ricerca radioscopica e qualunque radiografia* col suo piccolo apparecchio portatile ad accumulatori, adoperando al primario del rocchetto 20 o 25 volts e 5 o 6 ampère (1), cioè da 100 a 150 watt, — e ciò *con piena soddisfazione sua e dei chirurgi che ne fanno tesoro.*

Alle critiche d'ordine tecnico e radiologico che mi furono dirette, risponderò punto per punto altrove; tengo ora soltanto a rilevare un fatto importante per la dinamo dell'apparecchio della Sanità Militare, cioè che mentre il prof. Ghilarducci nel suo articolo del 4 luglio 1915 non riconosceva ad essa che il possibile prelevamento di circa 1 ampère (quanti volts?), nell'ultimo suo del 25 luglio ammise un prelevamento maggiore del 350 %, confermando le mie osservazioni precedenti.

Del resto rimango fermo nelle conclusioni del mio precedente articolo. — E non già che con ciò si creda che io non lodi o ammiri le automobili radiologiche — forse che la mia proposta esclude l'altra? — ma trovo opportuno, sopratutto nel momento attuale, che si cerchi di utilizzare e rendere più efficiente ogni sorta di istrumentario di cui si dispone.

E intorno a tale argomento sulle pagine del « Policlinico » non insisterò ulteriormente.

(1) Come indicano gli strumenti di misura.

(8)

## LETTERE DAL CAMPO.

### I benefizi della vita di guerra sulle condizioni di salute dei soldati.

Si è parlato sempre dei malefici che la guerra moderna con i suoi innumerevoli mezzi d'offesa produce sull'organismo del soldato. Ed alla gara insana nell'allestimento di mezzi offensivi sempre più micidiali, noi sanitari ci siamo adoperati ad opporre un sistema di difesa sempre più complesso e completo.

Ad ogni anello della rete di insidie brutali e di attentati selvaggi che l'umanità, nella guerra, tende a sè stessa per stroncarsi le membra, per menomarsi la capacità al lavoro, per spegnere in sè col piombo fratricida tutti gli sforzi alla felicità e gl'istinti alla conservazione della vita, noi sanitari purtroppo non possiamo apprestare ogni volta il farmaco salutare, il soccorso che tutto risani e reintegri al normale.

Troppo spesso l'opera nostra è inferiore alle esigenze!

Ciononostante l'organizzazione sanitaria degli eserciti in guerra è veramente meravigliosa per la ricchezza e molteplicità dei mezzi e la sapienza del loro uso. Essa è forse paragonabile soltanto, anche se inferiore, alla mostruosa ricchezza dei mezzi distruttivi della guerra moderna

Non diremo di tutto ciò, questa volta; ma piuttosto ricercheremo se la vita di guerra, osservata direttamente al campo, dalla caserma alle marcie, dagli attendamenti alle trincee, possa nei riguardi della salute dei soldati, produrre qualche lieve benefizio, da contrapporre ai disastri immani che fatalmente ne derivano.

***

Fra i benefizi della guerra meglio accertati e più diffusi è la diminuzione dell'alcoolismo, con le liete salutari conseguenze che ne derivano. Nei paesi nordici, dove in tempi di pace l'alcoolismo era diventato la più grave piaga sociale, le misure proibitive dei Governi dei singoli paesi e le condizioni speciali della vita di guerra hanno ridotto l'uso degli alcoolici a cifre molto modeste, sì che la salute dei soldati se ne è avvantaggiata immensamente. Il fenomeno è stato già ampiamente rilevato.

Oggi non si ritiene più che larghe libazioni di sostanze alcooliche, somministrate ai soldati prima del combattimento, possano costituire un valido coefficiente di vittoria. È noto che piccole dosi di alcool sogliono produrre uno stato transitorio di eccitazione delle forze organiche. È pure inutile ricordare gli effetti dannosi immediati che dosi più generose di bevande alcooliche immancabilmente producono.

L'osservazione suddetta ha valore minore per il paese nostro. In Italia l'alcoolismo non esiste, com'è inteso nelle altre nazioni; esiste soltanto ed in proporzioni minori in alcune regioni dell'Italia setentrionale. Nella grandissima maggioranza gl'italiani non sono dediti all'alcool. Sì che potrebbe sembrare fittizia in parte la grande lotta antialcoolica che anche tra noi si è organizzata. Forse si potrebbe pensare che noi anche in questo ci siamo mossi ossequenti e pedissequi all'esempio della grande Germania; ed anche in questo avremmo fatto il suo giuoco. In tanti paesi del settentrione le ubbriacature da alcool sono in ribasso, è vero; ma innumerevoli diven-

tano già i danni prodotti dalle birre tedesche o nazionali, e forse nessuno vi pensa!

Anche in Italia è stata tolta la razione di vino ai soldati combattenti. Ed anche in Italia noi diremo più innanzi che le condizioni di salute dei soldati in trincea risultano a noi notevolmente migliorate da quando essi hanno lasciato la caserma per il campo. Riteniamo però che quest'influenza benefica della vita del campo non sarebbe mancata, se ai soldati fosse stata ugualmente distribuita la solita modica razione giornaliera di vino genuino nostrano.

Lontani dalla caserma, essi non hanno più potuto frequentare l'osteria, il bar, gli spacci tutti di bevande alcooliche: questo è il punto unico che può giovare alla tesi degli antialcoolisti. Tutto il resto è esagerazione, è virtuosità morbosa. Al soldato che tutta la giornata si è rotte le membra a scavare un aspro passaggio coperto fra sterpi e rocce, quando sarà la sera ed egli dovrà lasciarsi cadere sotto la sua trincea per sorvegliare gli allarmi notturni del nemico vicino, un buon bicchiere di vino sano forse non gli tempererà i muscoli, e, se volete, neppure gli riscalderà il sudore già freddo e non darà combustibile alle sorgenti inaridite di forza e di lavoro; ma neppure sarà la dose infausta di un temuto veleno che potrà efficacemente minargli la salute.

Approviamo e lodiamo che sulle prime ore del mattino si dia — come si dà — ai nostri soldati una buona tazza di caffè; nella *guerra ricca* della Libia la Croce Rossa dava pure ai suoi militi — e faceva bene — una razione di the di prima qualità. Ma non dimentichiamo che il vino sano in dosi modiche non può essere inutile ai soldati e tanto meno dannoso fra le fatiche ed i disagi della guerra; e non dimentichiamo inoltre che l'alcool di vino per noi italiani costituisce materia di uno dei più grandi problemi dell'economia nazionale.

* * *

Dicevamo dunque che tra i benefizi della vita di guerra va annoverata la scomparsa dell'alcoolismo. Non soltanto il soldato è lontano da ogni spaccio di vini e liquori, ma neppure le blandizie del vivandiere del reggimento lo raggiungono in trincea. E però il soldato non va più soggetto ai frequenti disturbi delle funzioni gastro-enteriche ed alle riaccensioni delle antiche infezioni genito-urinarie; le sue resistenze organiche non sono più così facilmente compromesse di fronte agli assalti ed alle recidive delle malattie infettive acute e croniche; l'equilibrio del suo sistema nervoso non subirà più turbamenti per azione dell'alcool.

Certamente la soppressione completa dell'alcoolismo, alla sua volta, è tra i più importanti coefficienti del risanamento igienico-sanitario, che non di rado si osserva fra le truppe come conseguenza del loro passaggio dalla vita di caserma a quella del campo e della trincea.

Nella prima fase dell'attuale conflitto italo-austriaco noi abbiamo avuto l'onore di seguire un reggimento di fanteria dalla caserma del suo deposito ai primi attendamenti presso il confine, e poi ai quotidiani diurni e notturni attacchi del fuoco nemico ed ai trinceramenti sulle rive dell'Isonzo....

In una cittadina dell'Italia meridionale dove si era di guarnigione, alla vigilia della attesa mobilitazione, i soldati forse un po' più del solito si davano alla pazza gioia, e cedevano facilmente alle insidie di Bacco ed agli allettamenti di Venere.

Gl'imbarazzi gastro-intestinali erano all'ordine del giorno, e non meno frequenti si manifestavano le infezioni veneree. Le affezioni reumatiche erano anch'esse relativamente frequenti. In quella cittadina v'era una lieve epidemia di morbillo; ed anche nella caserma si era insinuato qualche caso di questa malattia. Inoltre un elemento psicologico speciale a quei giorni di vigilia a me sembrava dovesse apparentemente aumentare la morbilità in caserma, riferendosi al numero dei soldati che la mattina *marcavano* visita medica. Ancora così vicini ai loro paesi d'origine, alle loro famiglie ed ai loro interessi, quando ancora non era suonata la diana dell'appello alla difesa della nazione, era naturale che qualche soldato richiamato studiasse in sè stesso ed esagerasse il sintoma di una lontana pregressa malattia o di una lieve accidentale indisposizione in atto per tentare di ottenere una proroga della partenza per il fronte..... Gli altri invece, la maggior parte, dichiaravano che s'affrettavano a richiedere l'opera del medico per potere essere sempre in condizioni di seguire il loro reggimento....

Tutte queste cause morbose, reali od immaginarie, naturalmente dovevano sparire d'incanto non appena si passò a vivere sotto le tende al campo.

Durante le marcie del mio reggimento, non ho avuto ad osservare veri casi di insolazione, solo qualche lieve colpo di calore (sotto la tenda stessa, per esempio), e sintomi transitorî d'intossicazione acuta da *surmenage*. Ho potuto notare che, più che altro, a fiaccare la resistenza organica del soldato in marcia influisce il peso dello zaino, non per tutti facilmente sopportabile.

La vita del campo cominciava subito a temprare la salute del soldato: l'aria libera, la luce

del sole, le marcie frequenti, tutto influiva in senso benefico. D'altra parte mancavano le offese della Venere; ed oltre il rancio non si poteva fare abuso della mensa. Di malattie veneree si poteva avere ancora qualche complicazione blenorragica, ed in qualche raro caso la manifestazione del sifiloma iniziale. Alla visita mattutina il contingente di soldati si riduceva già ai minimi termini. Al campo si ebbe ancora qualche rarissimo caso di morbillo (due soltanto), e grazie alle misure profilattiche severamente applicate, non si ebbe diffusione di contagio.

La vita di trincea rese in seguito ancora più evidente questo progresso nelle condizioni sanitarie della truppa. La frequenza e l'abbondanza delle pioggie e l'umidità della vallata nella notte non facevano mancare lievi manifestazioni reumatiche: di rado però queste erano tali da richiedere la spedalizzazione del malato. Alle malattie veneree non ci si pensava più. E poi il soldato cominciava a sentirsi sicuro nella sua trincea, ogni giorno più ricca di piccoli presidî di difesa: egli si era già affezionato alla sua nuova dimora, e non la tradiva per piccoli malesseri.... Sì che la funzione del medico si riduceva quasi esclusivamente alla medicazione dei feriti, ed ai pochi consigli e provvidenze igieniche per la profilassi generale del campo.

Un'altra funzione morale il medico reggimentale può efficacemente esercitare al campo trincerato. I soldati in trincea hanno bisogno di non sentirsi abbandonati; guai se non è continua in loro la sensazione della presenza di chi possa consigliarli o soccorrerli. Il valore suggestivo che in questo senso può esercitare l'ufficiale medico è grande, non è inferiore a quello dello stesso colonnello del reggimento. Se il soldato ha frequente la prova che v'ha chi possa eventualmente salvargli la vita, attende ed affronta con maggiore serenità il pericolo. Quando facevo le mie visite d'ispezione alle trincee, o vi andavo per curiosità ad ammirare i soldati nei lavori di afforzamento od a spiare più da vicino le posizioni ed i movimenti del nemico, mi sembrava che un sorriso di soddisfazione e di compiacimento illuminasse lo sguardo dei nostri bravi soldati, e d'altra parte mi sembrava che la loro vita mi diventasse più cara pei vincoli di simpatia e d'affezione fraterna che ad essi sempre più mi legavano.....

Osservati in trincea, i nostri soldati dimostrano un organismo migliore, più forte e più resistente: possono presentare atteggiamenti stanchi ed aspetti incolti, ma la loro fibra è diventata più gagliarda, il loro sguardo più sicuro e marziale, gli spiriti superiori al pericolo.

Al disagio si sono abituati oramai. La vita di trincea ha trasformato la fisionomia di questi figliuoli: se erano deboli, li ha resi soldati vigorosi di braccio e d'animo; se già forti e coscienti della loro forza, li ha fatti temerari ed eroi. L'allenamento delle marcie, l'addestramento delle esercitazioni e dei rudi lavori del campo e della trincea ha rinsaldato e rinvigorito i loro gruppi muscolari; la vita sana del campo, scevra da abitudini viziose e presidiata da pasti frugali e salutari, ha risanato le loro energie e le ha irrobustite; il sole e la campagna hanno cancellato dal loro viso la vernice pallida della caserma e gli hanno conferito l'aspetto della sanità e della baldanza. Essi oggi sprezzano il nemico che ieri forse temevano. E la gagliardìa del loro animo non può essere che l'espressione dell'eccellenza della loro salute fisica.

Le malattie veneree infatti son diventate pallidi ricordi: il paese tutt'intorno è sgombro di popolazione borghese ed in trincea non appare neppure un'ombra di donna. Il contagio venereo, che, come scrivevamo in una lettera precedente, può costituire in determinate circostanze la minaccia maggiore delle truppe in tempi di guerra, in trincea non dà nessuna apprensione. Le funzioni gastro-intestinali, non più sconvolte da eccessi di sostanze alcooliche o da cibi malpropri, procedono regolarmente. Non esistono nel reggimento speciali malattie infettive contagiose od epidemiche. In genere qualche compressa d'un preparato salicilico farà sparire la cefalea od una mialgia; una pennellatura di tintura di iodio guarirà da una nevralgia o dal torpore doloroso di un'articolazione.....

E tutto ciò non è poesia od impressionismo. Dopo cinque o sei mesi di campi trincerati, i francesi hanno rilevato la stessa influenza benefica della vita di trincea sullo stato di salute dei soldati.

Non c'è da meravigliarsene, se si pensi che malgrado i disagi e le privazioni, la vita di trincea può essere contenuta da principî igienici elementari ed efficaci. Oltre la sobrietà dei mezzi alimentari a cui il soldato volontieri si adatta, oltre al benefizio dell'astinenza sessuale che sottrae la truppa all'influenza tanto perniciosa della prostituzione e delle malattie veneree in guerra, son di grande importanza le misure igieniche per il soldato e per il campo, alle quali l'ufficiale medico del reggimento dovrebbe sempre badare col massimo rigore. La sorveglianza delle acque potabili, specialmente nel territorio nemico conquistato, dev'essere uno dei doveri più urgenti ed imprescindibili.

L'acqua è uno dei mezzi più indispensabili alla vita: e però sicuro ed abbondante deve es-

serne il rifornimento quotidiano per la truppa: l'agilità, la tenacia e la resistenza delle azioni militari possono essere più facilmente pregiudicate dalla scarsezza delle acque che da quella del cibo. D'altra parte veramente fatali possono essere gli effetti dannosi delle acque inquinate sulle truppe combattenti e quindi sulle sorti della guerra. Oltre che come alimento, l'acqua è anche necessaria in misura sufficiente ai bisogni della pulizia e dell'igiene esterna del nostro corpo. Per provvedere alla purificazione delle acque le unità sanitarie (ad eccezione dei posti di medicazione reggimentali) sono dotate di mezzi semplici e bastevoli alle esigenze del campo.

L'igiene personale del soldato dovrebbe essere un altro canone fondamentale su cui istruire le truppe. Per la profilassi del tifo esantematico è essenziale la lotta contro i pidocchi delle vesti e simili insetti. La lotta contro le mosche dovrebbe essere costante e tenace fra i soldati per la prevenzione delle malattie infettive più varie.

La disinfezinone degli effetti d'uso dev'essere fatta scrupolosamente in ogni caso sospetto di contagio: le autorità sanitarie al campo hanno a loro disposizione le stufe di disinfezione. l'igiene corporale del soldato dev'essere curata quanto più è possibile col cambio della biancheria, le docce di pulizia, il lavaggio razionale degli indumenti sporchi o presumibilmente infetti, ecc.

Abiti di lana, berretti, panciere, bevande calde devono essere opportunamente e largamente distribuite ai militari combattenti.

Fattore essenziale della salute dei soldati è il buon funzionamento della sussistenza militare per l'alimentazione del soldato. Qualunque siano i movimenti delle truppe, l'Intendenza dev'essere sempre in grado di provvedere puntualmente alla fornitura regolare dei viveri a ciascuna unità combattente o sussidiaria. Nelle provviste dei viveri le misure di igiene non sono mai sufficientemente raccomandate.

***

Noi siamo lieti di potere affermare che in tutte queste provvidenze profilattiche e sanitarie non c'è stato risparmio o deficienza nella preparazione e nel sostentamento del nostro esercito in guerra.

Da tutti questi coefficienti dunque e dagli attributi speciali della vita militare al campo derivano i miglioramenti da noi notati nelle condizioni sanitarie delle truppe combattenti. I benefizi della vita di guerra sull'organismo e sulla salute dei soldati sono innegabili, ma a prezzo di mille previdenze e provvidenze igieniche e profilattiche, a prezzo della più sapiente ed attiva cooperazione da parte di tutte le autorità sanitarie militari. E, naturalmente, anche il buon destino dovrà difendere i soldati dagli assalti d'ogni sorta di epidemie.

P. SABELLA.

## Appunti di un otorinolaringologo.

Il prof. G. Ferreri ha ricevuto da un suo aiuto una lettera e ci autorizza a stralciarne il seguente brano:

. . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ho avuto occasione di vedere alcuni soldati che subirono da parte di bombe asfissianti un effetto assai curioso e che credo ancora non sia stato descritto. Narrano che mentre erano in trincea (in altitudini superiori ai 1000 metri) udirono uno scoppio con forte odore acre e perdettero per qualche tempo la conoscenza. Presentavano al viso un discreto eritema (in qualche caso seguì eresipela), un edema pastoso, e — fatto notevolissimo — un enfisema sottocutaneo diffuso specialmente alla regione frontale.

Un egregio collega che sta raccogliendo questi casi mi ha narrato che l'enfisema insorge in un tempo variabile da 1 ora a 7-8 ore dopo lo scoppio. L'esame del naso e della faringe — che io ho praticato tre giorni dopo il trauma — non mi ha fatto riscontrare alterazioni notevoli, eccetto che in un caso in cui esisteva un'intensa iperemia diffusa della gola: il paziente diceva di essere stato anche disfonico, ma non potei praticare l'esame laringoscopico. Ancora in quarta giornata persisteva l'enfisema specie sulla glabella.

È da notarsi che questi soldati non portavano nè maschera nè occhiali di protezione.

Ritengo che l'enfisema debba attribuirsi alla violenza dell'esplosione avvenuta in ambiente semichiuso (trincea), per cui l'aria proiettata con forza nelle cavità nasali per qualche abrasione della mucosa sia passata nel sottocutaneo.

Ad ogni modo avendo occasione di osservare altri casi vedrò di chiarir bene il meccanismo di questa curiosa alterazione.

Numerosi mi si dicono i disturbi auricolari, specie in alcuni reparti, ma ancora sembra non sia possibile raccogliere gli otopazienti in apposito luogo di cura e di osservazione, specie per la parte medico-legale.

Ho visto anche qualche caso di mutismo insorto dopo forte emozione: in uno di questi casi — avvenuto in seguito allo scoppio di una granata che gli aveva ucciso vicino quattro compagni coi quali stava raccogliendo dei feriti —

il superstite, un caporale di Sanità, presentava sordità completa all'orecchio destro e paresi del faciale inferiore sinistro.

Di questi e di tanti altri casi che mi è dato di vedere prendo nota e ne parleremo..... quando si potrà.

. . . . . . . . . . . . . . . .

Qui ho trovato all'infuori degli ufficiali medici effettivi, moltissimi colleghi di Roma fra i quali Levi della Vida, Vivaldi, Muto, Leoni, Ficacci, Piantoni, Schiboni, Fichera, Giannuzzi, Bettolo, Colangeli, Rubino, Manginelli, Scelba, Campoli.... e tanti e tanti altri. Tutti godono buona salute e adempiono con vivo entusiasmo e grande abnegazione il loro dovere.

. . . . . . . . . . . . . . . .

T. MANCIOLI.

# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### L'ambulanza chirurgica immobilizzata presso il fronte.

(LATARJET. *Paris médical*, 19 giugno 1915).

I feriti che si operano in queste ambulanze chirurgiche specializzate, che nella guerra attuale si sono dimostrate tanto utili, sono tutti feriti gravi: essi vengono inviati dall'ambulanza di smistamento da un'ora a quattr'ore circa dopo di essere stati colpiti. Non si può imaginare un servizio più pronto, nè meglio selezionato.

Dal punto di vista clinico, i feriti possono essere divisi in cinque gruppi: 1° le fratture degli arti; 2° le ferite del cranio; 3° le ferite addominali e toraco-addominali; 4° le ferite intra-toraciche; 5° le ferite superficiali e multiple da schegge d'obice o di bomba.

1° *Fratture degli arti.* — Questa categoria di feriti è forse la più interessante, perchè per lo più richiede l'intervento d'urgenza e lascia sperare al chirurgo i risultati più lusinghieri. Se l'orifizio o gli orifizi sono più che puntiformi, superando così il diametro del proiettile da fucile, l'intervento precoce ed immediato s'impone.

Questa formula così assoluta è giustificata per lo più dal tempo per l'evoluzione clinica. Le dimensioni dell'orifizio hanno importanza maggiore della natura del proiettile. Trattandosi di frattura, poco importa che l'agente vulnerante sia stata una palla od una scheggia d'obice.

Chi ha osservato queste fratture comminute, esposte fra muscoli laceri e frastagliati e tessuti profondamente contusi, sporchi da detriti d'ogni sorta, terreno di cultura ideale per le più gravi infezioni, non discute più della necessità di larghi sbrigliamenti per mettere a nudo i tracciati, rimuovere i corpi estranei e le scheggie ossee libere e taglienti, e drenare in superficie quanto più è possibile. L'intervento quanto più è paziente e minuzioso, tanto più potrà essere efficace. Immobilizzare questi feriti e tenerli in osservazione finchè sarà scongiurata ogni minaccia d'infezione costituisce il complemento dell'atto operatorio. L'apparecchio gessato è sempre il migliore mezzo d'immobilizzazione.

Anche per le ferite intra-articolari se gli orifizi sono puntiformi, sarà di regola l'astensione da ogni intervento; se gli orifizi sono ampi, bisognerà aprire l'articolazione e, secondo le lesioni ossee constatate, praticare l'artrotomia semplice o la resezione immediata.

Grazie all'intervento precoce eseguito al primo arrivare del ferito, di notte come di giorno, le complicazioni infettive sono quasi sicuramente evitate, e la conservazione dell'arto è assicurata. L'amputazione è riservata alle grandi distruzioni delle ossa, con interruzione traumatica del tronco vascolare principale dell'arto. Questi casi sono abbastanza frequenti al fronte di battaglia.

2° *Ferite del cranio.* — Giova distinguere due categorie di ferite del cranio. La prossimità delle trincee, l'effetto esplosivo dei proiettili di fucile, la violenza delle voluminose schegge d'obice, da una parte, e dall'altra la rapidità con la quale arrivano i feriti all'ambulanza permettono di vedere i grandi traumatismi del cranio, queste vere esplosioni della scatola ossea con lesioni cerebrali gravi che appena si possono immaginare.

Tali feriti spesso arrivano in coma, e muoiono nelle prime ore dopo che sono stati ricevuti. Tuttavia si rimane colpiti dalla resistenza di alcuni soggetti, i quali sopravvivono parecchi giorni, malgrado le lesioni enormi subite.

La seconda categoria comprende i feriti che sembrano avere lesioni relativamente limitate. Per questi l'opera del chirurgo può essere efficace. Ogni lesione del cuoio capelluto dev'essere curata chirurgicamente, largamente incisa ed esplorata in profondità. Ogni sintoma locale di frattura, con solchi o depressioni del cranio, ogni sintoma cerebrale anche senza segni locali richiede la trapanazione. La puntura lombare sistematica non deve mai tralasciarsi. Molte volte, anche senza lesioni esterne apparenti, l'A. ha potuto riscontrare frattura del tavolato interno; e dopo l'incisione della dura madre imbevuta di sangue, ma non pulsante, ha trovato dei focolai estesi di contusione cerebrale, un ematoma ipodurale sanguinante fra piccoli frammenti di

piombo aderenti alla sostanza cerebrale disfatta. Talvolta queste lesioni non si manifestavano per nessun segno all'arrivo del ferito. Ancora però non sono noti i risultati lontani di queste trapanazioni, guarite od in via di guarigione. Ma, comunque, in questi casi l'intervento molto precoce è indicato.

3° *Ferite penetranti addominali o toraco-addominali.* — Una piccola parte di questi feriti gravi può essere salvata soltanto dalle ambulanze chirurgiche presso il fronte. La discussione fra interventionisti ed astensionisti ancora non è chiusa. L'A. si limita ad esporre alcune constatazioni anatomiche più importanti.

Anzitutto tutti i feriti addominali che soccombono rapidamente, muoiono d'emorragia.

Nelle ferite penetranti da proiettili a breve distanza o da scheggie d'obice, le lesioni sono multiple e complesse, ma le lesioni vascolari dominano la scena: perforazione del mesentere con sezione dei vasi mesenterici, distacco intestinale dal mesentere, ferite dei vasi dello stomaco, larghe ferite degli organi parenchimatosi (fegato, milza, pancreas). Queste lesioni sono frequenti, sole od associate fra loro e talvolta anche con lesioni toraciche e retroperitoneali.

L'emorragia è rapida, il ferito muore di shock, ed all'autopsia si riscontra nell'addome una vera inondazione sanguigna.

Accompagnate con queste lesioni vascolari, o molto più di rado isolate, si hanno perforazioni dei diversi tratti del tubo digerente, molto varie per numero e per estensione, dalla semplice ernia della mucosa attraverso una ferita puntiforme, fino alla rottura completa.

Un altro particolare anatomo-clinico è che quando si trovano il foro d'entrata ed il foro d'uscita, sul piano ideale che li riunisce per lo più si incontra la maggior parte delle lesioni. È opportuno perciò operare su questo piano che indica la strada percorsa dal proiettile: bisogna operare rapidamente, ed allora l'incisione regionale può fare sperare di scoprire tutte le lesioni.

Questa regola non ha nulla d'assoluto, e l'A. in alcuni casi ha potuto constatare lesioni a distanza da scoppio all'infuori del tragitto del proiettile.

I feriti che arrivano molto rapidamente, dopo appena pochi chilometri di trasporto, si presentano clinicamente nelle condizioni seguenti. Per lo più arrivano in condizioni molto gravi: faccia esangue, polsi piccoli e molli, sensorio lucido ma con tendenza alla sincope: è questo il tipo dell'emorragia interna. Un cambiamento di posizione, il trasporto del ferito sul letto possono affrettare bruscamente la fine. Ogni metodo di cura dello shock è inefficace.

Il chirurgo in questi casi deve avere la certezza che la minima incisione affretterebbe la morte.

Altre volte lo stato di shock non è molto pronunciato, il polso è normale, l'aspetto buono, qualche conato di nausea o vomito. Il caso è favorevole, non v'ha emorragia grave, la peritonite non ancora ha potuto stabilirsi: l'intervento s'impone d'urgenza senza attesa.

Infine in un terzo gruppo di casi più rari, il ferito arriva parecchie ore dopo che è stato colpito, in stato di shock, ma le sue condizioni generali migliorano. In questi casi l'A. consiglia pure di intervenire, se le forze del paziente lo permettono.

Vi sono d'altra parte numerose ferite addominali inoperabili, anche con condizioni generali favorevoli all'intervento.

Le constatazioni locali e la sede degli orifizi indicheranno le modalità dell'incisione. Se esiste un solo orifizio, le difficoltà operatorie possono essere estreme perchè il proiettile può avere percorso i tragitti più capricciosi e meno sospettabili.

Per questi feriti si impone la necessità di un servizio chirurgico modello, sia per il personale come per i mezzi operatorî. Non a torto alcuni chirurgi si dichiarano astensionisti perchè non sicuri dell'eccellenza della loro tecnica o di quella dei loro aiuti.

4° *Ferite intra-toraciche.* — In genere i feriti non superano la linea del fuoco, così gravi sono le loro lesioni, così rapida è la morte. Ai più fortunati l'ambulanza chirurgica può rendere servizi inapprezzabili, assicurando loro l'assistenza migliore insieme con l'immobilizzazione sollecita e il riposo assoluto, elementi essenziali nella cura delle ferite del polmone. La statistica delle ferite toraciche curate nell'ambulanza dell'A. è molto brillante.

5° *Ferite multiple e superficiali da scheggie d'obici.* — Tanto per lo shock, quanto per il pericolo dell'infezione di queste ferite lacere e sporche, s'impone l'ospedalizzazione più sollecita presso il fronte. Esse vengono trattate come le fratture degli arti. Ogni ferita sarà aperta, ripulita, drenata; si cercherà di sollevare le condizioni generali.

È questo uno schema della funzione dell'ambulanza chirurgica presso la linea del fuoco. Le sue statistiche non potranno essere brillanti come quelle degli altri servizi chirurgici, ma sono molto soddisfacenti, e di più assicurano ed aumentano il rendimento degli ospedali territoriali. Il ferito arriva rapidamente, il personale è sempre pronto all'intervento. Il grande centro chirurgico non sarà per questo meno utile: rice-

verà i feriti leggieri e quelli in via di guarigione e fuori di pericolo, di più i feriti gravi quando essi per il gran numero non possano essere tutti curati all'ambulanza. La chirurgia attiva deve essere fatta, al riparo dal tiro nemico, ma quanto più è possibile vicino al fronte, fin che le condizioni materiali d'ospedalizzazione sono sufficienti. All'ambulanza chirurgica spetta la funzione di salvare il ferito; agli ospedali da campo e territoriali la funzione di completare la cura e la guarigione, e di intraprendere le operazioni a freddo, ortopediche o d'altra natura.

L'ambulanza chirurgica specializzata si è dimostrata molto utile. P. SABELLA.

## MEDICINA.

### La diagnosi e la cura dell'ulcera gastrica e duodenale.

M. EINHORN. *Arch. für Verdauungs-Krank.* (15 ott. 1914, vol. XX, fasc. 5).

I sintomi cardinali di un'ulcera peptica sono l'*emorragia* manifesta o nel vomito o nelle feci, e *sofferenze* gastriche; ma se la diagnosi di ulcera dello stomaco o del duodeno si volesse arrestare e comprendere nei due segni capitali, sfuggirebbero all'indagine clinica numerosi malati, che tali sintomi non presentano: tra i sofferenti di stomaco o del duodeno nel 4 per cento l'autopsia ha dimostrato l'esistenza dell'ulcera, e solo l'uno per cento di essi aveva presentato in vita la coesistenza dei due sintomi capitali.

Boas per il primo ha richiamato l'attenzione sui casi di ulcera, nei quali solo con la ricerca chimica si poteva dimostrare o nel contenuto gastrico o nelle feci la presenza di sangue, che sfuggiva all'esame macroscopico: la nozione dell'*emorragia occulta,* come egli la denominò, e il metodo di ricerca delle piccole quantità di sangue, costituiscono un vero progresso nella diagnostica dell'ulcera.

Il processo ulcerativo attraversa periodi di attività variabile; nello stato di riposo talora non si elimina sangue in quantità sufficiente da essere rilevabile nelle feci o nel contenuto gastrico, nemmeno con la prova chimica; oltre di che, se il contenuto intestinale è voluminoso e il sangue misto ad acqua e ad alimenti, può in parte essere digerito e riassorbito, e risultare come emorragia occulta, mentre in realtà l'emorragia può essere stata d'una certa entità.

Un altro metodo possediamo, « *la prova del filo* », che ci permette di scoprire la presenza dell'ulcera e la sua localizzazione, anche se essa non dia emorragia diretta.

Il metodo consiste nell'introdurre nel tubo digerente un filo, alla cui estremità sia legato un secchietto e nel lasciarlo in situ per 8 ore circa, dalla sera alla mattina per esempio: il secchietto scende nel tubo intestinale finchè il filo teso glielo permette, e questo può rimanere così per lunghe ore a contatto con la parete dello stomaco e del duodeno. Se un'ulcera eventualmente sia localizzata sulla parete, il filo al suo contatto si colora, e ritirandolo si può riscontrare una netta macchia sanguigna: questa indica non soltanto l'esistenza dell'ulcera ma la distanza a cui essa si trova; ha tanto più valore quanto più essa è circoscritta, non può essere confusa con una macchia di sangue, provocata da un'erosione artificiale, poichè mentre quest'ultima è fresca e rosso viva, il colorito della macchia, dovuto ad ulcera diviene in seguito al lungo contatto, rosso scuro.

Una *diagnosi differenziale tra ulcera gastrica e duodenale* è stata per molti anni ritenuta impossibile; attualmente domina l'opinione di Moynihan che essa sia cosa molto facile.

Egli afferma che per riconoscere un'ulcera duodenale, non si serve di nessuna prova, ma della storia del malato e dei sintomi clinici: hanno grande importanza le sofferenze che insorgono 2 a 3 ore dopo i pasti, ancora il *dolore della fame,* più tardivo, il dolore cioè che scompare con l'introduzione dell'alimento; la *periodicità* di queste manifestazioni, il *decorso cronico*: quando questi sintomi siano presenti, non è necessaria altra prova per diagnosticare l'ulcera duodenale.

L'opinione dell'Einhorn a tal proposito è che questi criterî non sono una prova positiva per dimostrare le'sistenza d'una ulcera duodenale: si possono avere complessi sintomatici, quali quelli accennati, ed essere in presenza di un' ulcera gastrica o non esservi addirittura ulcera alcuna.

L'ulcera gastrica può essere pilorica o della piccola curvatura in prossimità del cardias, e l'atto operativo potrebbe chiarire la localizzazione; ma se alla sindrome non corrisponde la presenza di una ulcera, non si può permettere di far operare il malato.

L'autore asserisce, in base alla sua esperienza clinica, che in un grande numero di sofferenti con tale sindrome l' ulcera non esiste; ciò che è importante è la circostanza che quanta maggiore è l' iperacidità e il malessere due o quattro ore dopo i pasti, tanto più questi disturbi alla fine conducono al quadro dell' ulcera; la sindrome clinica dell' ulcera non è il fattore primario, ma è determinata dal disturbo funzionale.

Molti chirurgi (Moynihan compreso) hanno esagerato il valore del dolore tardivo (2-3 ore dopo i pasti) nell'ulcera peptica. V'è un'ulcera nello stadio di attività che determina l'insorgenza del dolore subito dopo i pasti, e la pressione, anche modica, riesce dolorosa.

Vi può essere un'ulcera in uno stadio di riposo, non attiva, latente, ed ogni dolore può tacere; nell'ipercloridica insorgono le sofferenze 2-3 ore dopo i pasti, esista o non contemporaneamente un'ulcera. In quei casi nei quali coesiste l'ulcera, i sintomi non con l'ulcerazione ma colla sofferenza primaria sono in rapporto di dipendenza; l'ulcera può rendere più intensi i sintomi.

Un'ulcera può coesistere con acidità normale ed anche abbassata, sebbene nella maggior parte dei casi l'acidità sia elevata: in un paziente l'A. trovò achilia gastrica, e non sospettò ulcera; all'atto operativo, eseguito per calcolosi epatica, si trovò, oltre ai calcoli, un'ulcera gastrica.

Molta importanza si attribuisce pure alla via che segue l'emorragia: se essa è intestinale, e il sangue si trova nelle feci, l'ulcera ha sede duodenale, se il sangue è vomitato l'ulcera è gastrica. Ma il segno clinico facilmente può indurre in errore: l'atto operativo ha dimostrato che un'ulcera del cardias può presentare solo melena, l'autopsia ha dimostrato che varici del cardias od anche esofagee possono provocare melena o addirittura una grave emorragia, che segue la via intestinale.

Il sintoma emorragia può quindi fuorviare dalla diagnosi di sede.

L'A. pensa invece che *« la prova del filo »*, quando essa sia positiva, è decisiva per giudicare della presenza e *della localizzazione* dell'ulcera. Può sfuggire l'ulcera localizzata nella parete anteriore, ma si disvelano l'ulcera del cardias della piccola curvatura, l'ulcera pilorica e specialmente la duodenale. La sede dell'ulcera si localizza determinando sul filo la distanza che passa tra le labbra del paziente e la macchia ematica: d'ordinario dall'arcata dentaria al cardias vi sono 16 pollici, da questo al piloro 12 pollici, nei pazienti di media grandezza; la distanza è un po' maggiore o minore in quelli di grossa o di piccola taglia. Se il filo non presenta macchie biliari, e se la sua estrazione non offre resistenza, è segno che esso non è penetrato nel duodeno; in media nel 90 % dei casi il filo, se non v'ha stenosi o spasmo, attraversa il piloro. In caso di spasmo si può usare l'atropina; se all'estremità del filo si trova il colorito biliare segno è che il secchietto ha attraversato il piloro.

*
* *

Posta la diagnosi di ulcera gastrica o di ulcera duodenale, quali i criteri curativi?

Esistono alcuni pazienti i quali hanno scarse sofferenze, e non possoo mangiare il vitto ordinario; tuttavia accudiscono ai loro affari: in tali casi è inutile consigliare un regime rigoroso, chè i malati non vi ubbidiranno: essi non vogliono rimanere a letto, perchè devono badare alle loro faccende. Al loro caso fa la cura ambulatoria: si distribuisce loro una buona quantità di bismuto, che s'è dimostrato il miglior medicamento sia per l'ulcera duodenale che per l'ulcera gastrica, l'ammalato prenderà tre volte al giorno un mezzo cucchiaio da thè, con 0.30, 0.50 di magnesia usta, una mezz'ora dopo ciascun pasto. La dieta consisterà in latte, uova, e molto burro, non molta carne; abolizione di sostanze dannose, come insalata, droghe, gelati, non si può tenere un individuo che lavori ad una dieta insufficiente di latte e minestre. Il malato deve giacere a letto almeno per mezza ora dopo aver ingerito il bismuto, e se ciò non fosse possibile, userà delle compresse umide durante la notte, come mezzo utile a dar calma al dolore.

Se le sofferenze aumentano, si potrà usare la atropina nella dose di 1/2 mgr. una, due volte al giorno: il rimedio è pericoloso, non può essere adoperato che per breve tempo e con cautela. Essa abbassa il grado dell'acidità gastrica, ma, usata a lungo, è dannosa.

Capitano dei malati più gravi: l'emorragia può essere il primo segno dell'ulcera, e ne costituisce sempre una delle complicazioni più pericolose: l'ammalato deve essere lasciato nella quiete assoluta fisica e mentale: *riposo a letto*, abolizione di cibo e di bevande per bocca, ghiaccio sull'addome: si somministrano da 5 a 10 gocce di adrenalina in acqua e gelatina: il malato può prendere 3 o 4 volte al giorno un cucchiaio da zuppa di soluzione di gelatina al 10 per cento. Utile riesce, sebbene la ragione non si conosca, il cloridrato di emetina nella dose di 0.03 una o due volte al giorno per iniezione.

L'oppio per bocca, o per suppositori, la belladonna sono utili contro il dolore. Nel primo giorno niente alimenti, il riposo è il punto principale della terapia: però si può ricorrere alla via rettale per la somministrazione specialmente di liquidi, rettoclisi 3 o 4 volte al giorno con acqua glocusata al 5 %. Nei giorni successivi si può ricorrere a clisteri nutritivi (150 cmc. di latte, con un torlo d'uovo e un cucchiaio di zucchero e altrettanto sale).

Il retto deve essere lavato almeno una volta al giorno; l'alimentazione rettale può essere

continuata per una settimana; più a lungo la diminuzione del peso rivela l'insufficienza della nutrizione.

Naturalmente la condotta del medico deve mutare a seconda delle condizioni del malato: se il soggetto è molto robusto si può continuare tale sistema di cura anche per 2 settimane, e una diminuzione anche di circa 20 libbre (9 Kgr.) non porterà danno alcuno, ma se il soggetto è debole e dimagrato viene il pericolo dell'esaurimento ed anche della morte.

Si dovrà ricorrere all'alimentazione rettale anche 5 volte al giorno con piccole quantità di nutrimento, somministrate anche per bocca, latte un cucchiaio ogni ora. Nel giorno seguente una quantità doppia, al terzo giorno ogni ora 60 cmc. fino a 180 cmc. Aumentando progressivamente si possono aggiungere alla dieta torli d'uovo, fino ad 8 al giorno. Durante la cura di 2 o 3 settimane è necessario il riposo, e sarà somministrata anche un'alta dose di bismuto.

Se il paziente non sopporta l'alimentazione rettale e persiste la diarrea a malgrado della somministrazione dell'oppio, l'A. usa l'alimentazione duodenale per mezzo della sonda duodenale. L'A. consiglia di usare il metodo fin dal secondo giorno dall'emorragia, però egli ricorda di aver ottenuto buoni effetti servendosi della sonda anche durante l'emorragia, in tre casi.

Il principio dell'alimentazione duodenale trae origine dalla necessità di tenere in assoluto riposo lo stomaco e il duodeno, sede dell'ulcera: anche il latte provoca secrezione gastrica e agisce come stimolo per la sede dell'ulcera; il principio del riposo assoluto si raggiunge a stomaco vuoto.

Tra questi casi lievi e gravissimi di ulcera peptica esiste la grande categoria di ulcere di media gravità. Ad essi conviene l'uso del metodo di cura di Leube. Il paziente starà per 2 settimane a letto, a dieta liquida, con un empiastro caldo di seme di lino durante il giorno, e un impacco umido alla Priessnitz sul ventre durante la notte. D'ordinario l'A. somministra latte, brodo, rosso d'uovo (200 a 250 cmc. ogni 2 ore) il primo giorno 4, poi 8 uova. Al decimo giorno concede un vitto semiliquido, al quattordicesimo il vitto solido, e sarà permesso al paziente di alzarsi da letto; poi in una settimana le varietà dei cibi saranno allargate, proibendo però sempre le sostanze molto grasse, le droghe, gli acidi.

Fra i medicamenti il sottonitrato di bismuto è il mezzo migliore; il nitrato d'argento nella dose di 0.01 fino a 0.02 anche per 2 o 3 settimane è stato usato; somministrato più a lungo sorge il pericolo dell'argirosi. Anche il rosso scarlatto (Scharlachroth) può essere usato in capsule come cicatrizzante; si usano pure l'olio di olivo 1-2 cucchiai e la paraffina liquida 1/2-1 cucchiai o 2 volte al giorno. Gli alcalini e l'atropina sono utili contro l'iperacidità e contro l'ipersecrezione.

* * *

Benchè la cura dell'ulcera peptica sia di pertinenza medica, pure può presentarsi l'indicazione all'intervento chirurgico:

1. La perforazione richiede un intervento d'urgenza.

2. Se per la melena o per l'ematemesi o per entrambi le complicazioni è messa in pericolo la vita del paziente, conviene operare in una tregua tra le emorragie.

3. Frequenti piccole emorragie, non influenzate dalla cura, che determinino uno stato di anemia persistente, richiedono un intervento chirurgico.

4. La sindrome ipersecretiva dispeptica, che non risente della cura, è passibile d'intervento.

5. Violenti dolori, non influenzati da cura razionale,

6. Spasmo pilorico, stenosi pilorica,

7. Ulcere, su cui si siano impiantati tumori o sospette di tumore, devono essere operate.

T. PONTANO.

## NEUROPATOLOGIA.

### Sulla posizione della testa in alcune lesioni cerebellari.

(E. GREGGIO, in *Ricerche di biologia dedicate al prof. Alessandro Lustig*, ecc. Firenze, 1914, 539).

In alcune lesioni del cervelletto, cliniche o sperimentali, possono manifestarsi delle modificazioni nella posizione della testa rappresentate dalla rigidità nucale, dall'arrovesciamento all'indietro, dalla rotazione, dall inclinazione da un lato. Si tratta di atteggiamenti che nel corso di una forma morbosa cerebellare nell'uomo o dopo un intervento sperimentale sul cervelletto negli animali, rappresentano fenomeni transitorî o fenomeni che permangono per un periodo di tempo anche notevole.

Fra queste modificazioni nella posizione della testa nelle lesioni cerebellari fu descritta come peculiare quella in cui il capo è inclinato verso una spalla e ha subito nello stesso tempo una rotazione per cui il mento è diretto verso la spalla opposta e l'occipite è inclinato verso la

prima spalla (Berthaux). Il fenomeno può manifestarsi anche nei tumori unilaterali del cervelletto e in tal caso l'inclinazione della testa avverrebbe verso il lato omonimo a quello dove risiede il tumore. Nelle emistirpazioni del cervelletto infatti si è osservata l'inclinazione e rotazione della testa verso il lato leso mentre il muso guarda verso il lato sano, non solo durante il periodo in cui sono in atto i fenomeni primitivi o dinamici o irritativi (Luciani, Roncali, Thomas), ma anche molto più tardi, quando l'animale può stare sollevato sugli arti e camminare. Allora la sua testa è mantenuta rigida e sempre un po' inclinata dal lato della lesione (Thomas).

A questo proposito sono interessanti le storie delle scimmie operate da Luciani di emiestirpazione del cervelletto. Si trova in esse che l'inclinazione della testa dal lato della lesione — in modo che l'orecchio dall'altro lato sia rivolto in alto e la faccia verso il lato sano — viene notato per molti mesi nelle diarie del *Macacus V*, ed in quelle dei *Macacus W* e *X* il fenomeno è accennato anche quando il periodo dei fatti irritativi è cessato da tempo.

Anche nei cani usati da Greggio per lo studio della compressione cerebellare, l'inclinazione della testa da uno dei lati, mentre il muso guarda verso l'altro lato e per lo più in alto, si è manifestata parecchie volte, sia nella compressione unilaterale che in quella mediana. Nella massima parte dei primi casi l'inclinazione e la rotazione della testa si ebbe verso il lato opposto a quello della metà di cervelletto compressa, mentre il muso dell' animale guardava verso quest'ultimo lato e per lo più in alto. In due casi la direzione del fenomeno avvenne verso l'altro lato. Nella compressione mediana l'inclinazione della testa si ebbe ora verso destra, ora verso sinistra, talora nello stesso animale variò la sua direzione dopo un intervallo di sosta o il fenomeno si ripresentò in seguito a un secondo intervento.

Nei casi del Greggio in cui il fenomeno dell'inclinazione della testa apparve dopo compressione unilaterale del cervelletto, esso si manifestò in senso inverso a ciò che accade nella emistirpazione nei cani e nelle scimmie, ove la testa è inclinata e ruotata verso il lato operato, mentre il muso è rivolto dal lato sano.

In qualche caso i risultati delle esperienze di estirpazione cerebellare per ciò che riguarda l'inclinazione del capo, si vollero applicare alla diagnosi di sede di un tumore del cervelletto nell'uomo, per conoscere se esisteva a destra o a sinistra. Ma appunto perchè nei tumori si tratta in molti casi piuttosto di fenomeni di compressione che di distruzione, l'applicare integralmente il risultato desunto dalle esperienze di emiestirpazione alla clinica fu causa di errore. Lamelle in un caso fece diagnosi di tumore del cervelletto dal lato verso cui la testa era inclinata, mentre il neoplasma esisteva dal lato opposto. Diller e Gaub in caso di tumore del lobo cerebellare destro videro la testa inclinata verso sinistra. In un caso di cisti del lobo sinistro del cervelletto, Herson ,Hermanide e Winkler osservarono che il capo era in posizione fissa e guardava in alto e a sinistra, cioè inclinata e ruotata verso il lato opposto a quello nel quale esisteva la cisti stessa. Anche Batten afferma che nei tumori cerebellari l'orecchio del lato opposto al leso può non di rado esser avvicinato alla spalla di questo lato, mentre la faccia guarda verso il lato ove risiede il tumore. Gordon descrisse come segno speciale per la diagnosi di tumori cerebellari il fatto che la testa è deviata e ruotata dal lato opposto al leso: egli trovò l'inclinazione del capo dal lato opposto in 4 casi su 6 durante tutta la malattia, in 2 la testa era da prima inclinata verso lo stesso lato della lesione, ma poi, poco avanti della morte, mutò posizione.

Questo peculiare atteggiamento, di cui bisogna tener conto nella diagnosi di localizzazione, non va messo in rapporto con fatti bulbo-protuberanziali — inclinazioni consimili della testa furono osservate in casi di tumori del ponte, del cervello medio e anteriore, — ma con un centro cerebellare della muscolatura del collo: il *lobulus simplex* della nuova topografia del Bolk. La lesione di questo lobulo provoca alterazioni variabili nell'atteggiamento e nella posizione della testa; infatti Greggio ha notato nei suoi cani all'esame necroscopico e sovente al microscopio l'alterazione accennata.

G. BILANCIONI.

## IGIENE.

### Per la pulizia e l'igiene delle caserme.

Riportiamo dal *Secolo* il seguente articolo del prof. sen. A. Lustig:

Non intendo con queste mie riflessioni ed ammonimenti fare un biasimo inopportuno e forse ingiusto alle autorità militari, che dispiegano in questi momenti tutta la loro energia fattiva e sono sovraccariche di lavoro, responsabilità, preoccupazioni: ma constato soltanto il fatto inoppugnabile, che molte caserme anche nelle più grandi città, nei centri che dovrebbero essere i più evoluti e civili, lasciano assai a de-

'siderare come pulizia; ed intendo parlare proprio di pura e rudimentale *pulizia*, non di minuziose e complesse pratiche di disinfezione o di costosi abbellimenti e perfezionamenti edilizi, che sarebbero pure utili in molti casi, ma non sono necessari ed indispensabili in periodi come questi di intenso movimento di truppe e di imprescindibili esigenze militari.

Le nostre caserme, spesso belle, nuove, costruite secondo tutte le regole della ingegneria militare e sanitaria, avrebbero bisogno di un po' più di scopa, di più frequenti lavaggi, di maggior disciplinamento delle abitudini dei militari in riguardo all'uso delle latrine, all'allontanamento dei resti alimentari, al trattamento dei panni sporchi. Bisogna, coraggiosamente e senza falsi pudori, riconoscere che il popolo italiano non è stato finora molto avanti in fatto di pulizia: solo in questi ultimi anni si sono fatti dei progressi in tal senso, di pari passo col miglioramento economico e sociale del nostro paese, col diminuire dell'analfabetismo e della miseria. Ma ancora c'è del cammino da fare, per arrivare alle abitudini di ordine e pulizia dei popoli nordici, nostri alleati (inglesi) o nostri avversari. Ora i soldati vengono dal popolo e portano nelle caserme e negli accantonamenti le abitudini loro, quelle acquistate dai loro avi, nei loro paesi o città di origine. Ed ecco che il soldato tende a gettare a casaccio i resti di cibo e di bevanda, a lordare le latrine, a sputare dovunque; e questo purtroppo non solo nel caso che si tratti di soldati di origine, diciamo così, proletaria, ma anche quando il soldato proviene dalle classi medie o perfino dalle così dette classi colte.

Così, senza gran colpa delle autorità militari, le caserme acquistano spesso un aspetto non molto proprio, costituendo una causa probabile di danni incalcolabili alla salute. La colpa delle autorità suddette comincerebbe, quando esse non prendessero le misure opportune, specialmente dopo messe sull'avviso, e si ostinassero a trascurare questo importantissimo punto di disciplina militare e di igiene sociale. In nessun ambiente meglio che in quello militare è possibile ovviare a certi inconvenienti, data la ferrea disciplina che vi domina e che permette procedimenti e sanzioni che sarebbero impossibili altrove. E si noti: una severa educazione all'ordine ed alla pulizia impartita nell'esercito sarebbe una spinta potentissima al miglioramento delle abitudini generali, perchè il soldato, tornando a casa sua, importerebbe negli ambienti più diversi, nella lieta campagna toscana o lombarda, nel malinconico e remoto villaggio sardo, negli alveari di una gran casa popolare di gran città, gli ammaestramenti acquistati e magari subìti sotto le armi e l'esercito sarebbe ancora una volta un focolare di civilizzazione ed istruzione.

I danni causati dalle consuetudini di sporcizia nelle caserme sono molteplici: danni morali, perchè esse scemano il prestigio di un esercito di fronte allo straniero e di fronte ai connazionali e rappresentano nè più nè meno che un rilassamento della disciplina; danni economici, perchè deteriorano i locali; danni igienici, i più importanti, perchè sono ad un tempo danni sociali, economici, militari.

Non è qui il posto per lunghe spiegazioni di natura medica: basti ricordare che molte gravi malattie epidemico-contagiose, solite a fare strage degli eserciti in cattive condizioni igieniche, si trasmettono mediante i materiali di rifiuto, feci ed orine, per esempio: il tifo, il colera, la dissenteria; che altre, per esempio il tifo petecchiale, sono trasmesse per mezzo di insetti immondi, quali i pidocchi; che la promiscuità, l'affollamento eccessivo, l'uso in comune di recipienti mal lavati, favoriscono l'insorgere delle epidemie di meningite cerebro-spinale; che l'uso di alimenti guasti o venuti a contatto con mani di persone sporche può dar luogo all'insorgere di gravi gastro-enteriti.

Si capisce dunque come sia importante il tener puliti i cessi, impedendo spandimento di materiali fecali fuori dei bottini; l'abituare i soldati alle abluzioni ed ai bagni frequenti; l'insegnar loro a star puliti della persona, cambiandosi spesso, evitando accuratamente di essere contagiati da pidocchi ed altri immondi insetti eventualmente portati da commilitoni; lo attendere ad un pronto spidocchiamento delle reclute e richiamati infestati. Eppoi si devono inculcare o meglio imporre tutte le pratiche di pulizia ed igiene più elementari: non sputare, non orinare o defecare fuori delle latrine o luoghi appositi, che dovrebbero essere indicati anche nelle trincee ed accampamenti in guerra, non spargere resti alimentari, panni sporchi, stracci: regole semplici, che però il soldato ha bisogno di ben apprendere dalla parola persuasiva dei suoi ufficiali e, quando ciò non basti, dalla imposizione severa di questi.

La pulizia delle caserme stabili e provvisorie in tempo di pace o anche in tempo di guerra, specialmente fuori delle zone di guerra, ove si accumulano riservisti e soldati di seconda linea, per istruzioni o per altro, non porterebbe via poi neppure un gran tempo: in tali luoghi i soldati stanno talvolta ore ed ore disoccupati e non ci sarebbe un gran male nè implicherebbe un gran dispendio di energie, se alcuni gradua-

ti, con alcuni soldati, venissero, previe istruzioni dei medici reggimentali, adibiti alla pulizia nel senso semplice e facile suddetto. Io non chiedo, lo ripeto, cose straordinarie ed impossibili, ma soltanto che nelle caserme ed accampamenti militari di ogni genere, compresi naturalmente gli ospedali, regni quella pulizia e quell'ordine, per cui gli eserciti francesi, inglesi e tedeschi vanno distinti; e che è segno di civiltà vera e garanzia di disciplina e di salute, e quindi anche di vittoria.

A. LUSTIG.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

**Istituto di parassitologia medica della R. Università di Catania**

diretto dal prof. M. CONDORELLI FRANCAVIGLIA.

## Grumi sanguigni simulanti parassiti intestinali

per il prof. M. CONDORELLI FRANCAVIGLIA.

Railliet, nel suo *Trattato di zoologia medica ed agricola,* giustamente osserva che « bisogna mettere in guardia i principianti contro certe cause d'errore, che possono presentarsi nella determinazione dei parassiti ». E difatti sono parecchie le erronee osservazioni di parassitismo, riguardanti invece casi d'insetti, di acari, di vermi, ecc., che, arrivati accidentalmente nel corpo dell'uomo, senza compiervi nessuna fase del loro ciclo evolutivo e senza adattarsi a vita parassitaria, si comportano da semplici corpi estranei viventi, innocui o più meno nocivi, secondo la loro natura, dimensione e sede.

Mi è occorso più d'una volta, qui ed altrove, dover tranquillizzare il paziente e convincere il collega, impressionati dalla presenza nel vaso da notte, fra le urine di recente emissione, di talune larve di ditteri (*Calliphora vomitoria*) e di anellidi (*Lumbricus rubellus*). Essi non provenivano dalle vie urinarie; ma le prime erano state deposte nel recipiente dallo insetto alato, oppure vi erano arrivate coll'acqua di lavaggio, e i secondi pure per questa ultima via. Oligocheti e sanguisughe possono difatti, sebbere raramente, trovarsi anche nelle acque potabili ben condottate, che alimentano la popolazione: a Catania e a Roma, nell'acqua attinta direttamente al rubinetto, ho constatato la presenza del *Lumbricus rubellus* e della *Limnatis nilotica,* di cui un individuo giovanissimo, lungo dieci e spesso poco più di un millimetro, mi fu portato in comunicazione dal chiarissimo collega professore M. De Cristofaro.

Anche organi animali o vegetali, o semplici frammenti di essi, talvolta vengono scambiati per parassiti: ricordo, come curiosità scientifiche, il grumo fibrinoso della vena safena, battezzato da Mougand per *Filaria zebra;* la trachea di un uccello, descritta da Scopoli col nome di *Physis intestinalis;* la trachea vegetale, studiata e descritta come zooparassita, cui fu imposto il nome di *Striatula* e la famosa *Furia infernalis,* che fece pensare ai parassiti favolosi!

Da questi esempi e da altri, che, per brevità passo sotto silenzio, dobbiamo trarre utile ammaestramento, che non è sempre facile riconoscere la natura parassitaria dei corpi, che si rinvengono nel nostro organismo, e che provengono o si suppone provengano da esso: occorre un esame diligente e non dimenticare la raccomandazione di Moquin-Tandon, che cioè: « prima d'intraprendere la descrizione di un parassita nuovo, la miglior via da seguire, in parecchie occasioni, è di rivolgersi ad uno specialista ».

In tal modo si è saviamente regolato un collega di Misterbianco, che mi offrì il materiale della presente comunicazione.

S... M... di L..., di anni 24, da Misterbianco, il cui gentilizio non offre nulla di particolare, a 6 anni fu operato di resezione del calcagno per osteo-periostite tubercolare. Crebbe in buona salute e di costituzione alquanto robusta e sana, esercitando il mestiere di calzolaio. Ventenne emigrò in America, a Mendoza, e vi dimorò 26 mesi, accudendo ai lavori di bottaio e di campagna. Ritornato in Italia, adempì, per due anni, agli obblighi di leva, senza mai ammalarsi, meno una sola volta, in cui, per bronchite, fu ricoverato all'Ospedale militare di Firenze; da dove uscì guarito dopo pochi giorni di degenza.

Da circa 10 mesi è sofferente di disturbi gastro-enterici: da principio senso di peso all'addome e vomiti, maggiormente pronunziati subito dopo il pasto; poscia dolore intenso e bruciore in vicinanza dell'ombelico, non continuo, ma saltuario, ad intervalli di una diecina di giorni; alvo da prima regolare, poi diarrea negli ultimi tempi, dimagramento notevole, colorito della pelle pallido, temperatura normale.

Nel quadrante superiore di sinistra, in vicinanza dell'ombelico, si nota una massa sferica endo-addominale della dimensione di una arancia, liscia, dura ed elastica, diagnosticata da valoroso chirurgo della nostra città: *tumore maligno inoperabile impiantato nelle vicinanze dello stomaco e dell'angolo spleno-colico.*

Verso il 10 del settembre scorso, in seguito a due scariche abbondanti di materiale piceo (enterorragia), le sofferenze si calmano alquanto, la intumescenza non è più palpabile, le feci riprendono il colore normale, le forze migliorano. Ma, a due mesi circa di distanza, si ripete l'enterorragia insieme con emissione di altro materiale, che stupisce il medico e i presenti.

Così si esprime il collega nella lettera inviatami (10 novembre 1914) in accompagnamento del materiale patologico: « .... ieri, sempre di dopopranzo, fu colto da deliquio, seguìto, dopo circa due ore, da una scarica di sangue liquido e parte coagulato commisto al materiale, che io le mando e che ho riconosciuto per parassiti (vermi) del tubo digerente dell'uomo e che non saprei definire.

« Il fatto è di un certo interesse scientifico, ed ha destato non poca meraviglia negli altri che l'hanno visto.

« A lei il responso, da cui dipende la prognosi e quindi la cura ».

Detto materiale è costituito da tre corpi cilindrici leggermente depressi alle due faccie opposte, lunghi 31-31.5-55.3 centimetri e dello spessore variabile da 18 a 24 millimetri. Sono ricurvi ad anse irregolari, arrotondati ad ambo le estremità. Il colore è grigio biancastro uniforme.

Il corpo simula una simmetria nettamente metamerica, a metameri lunghi da 5 a 9 millimetri, lisci alla superficie e con margine posteriore slargato, tagliente, a contorno regolare, in modo da ricoprire ciascun segmento la parte superiore di quello che segue: in complesso, per la loro conformazione, gli anelli sembrano come embricati.

Tali corpi cilindrici, da chi non ha pratica di cose zoologiche ed osserva con poca diligenza, potrebbero, per la loro apparenza esteriore, riferirsi, grossolanamente, a giganteschi *oligocheti;* ma ad un esame anche superficialissimo, fatto da persona competente, si conosce subito la natura organica e non organizzata di essi, mancanti di ambo le aperture di ingestione e di egestione, di cripte, di setole, ecc., organi tutti che sono sempre bene visibili in essi animali.

La superficie di sezione dei pretesi parassiti è uniformemente massiccia, senza traccia alcuna di organi cavitari; il colorito è bianco-grigiastro nello strato corticale spesso appena un millimetro, nero-rossastro nello interno, rosso-nerastro nel centro, ove la consistenza diminuisce al punto da divenire quasi gelatinosa.

Si tratta, evidentemente, di *grumi sanguigni avvolti da uno straterello di muco*: diagnosi questa confermata anche dall'esame istologico.

L'egregio collega, alla mia risposta, ricevette una seconda sorpresa eguale, se non superiore, alla prima; ma coloro, che veramente rimasero male, furono il paziente e la famiglia di lui, che, di certo, avrebbe preferito ospitare nel suo intestino una falange di vermi, alla cui fuoruscita sarebbe seguìta la guarigione, anzichè allevare un tumore maligno, ulcerato, che lo tormenta, lo dissangua e lo conduce a sicura, prossima morte!

Catania, gennaio 1915.

Istituto di parassitologia medica della R. Università di Catania
diretto dal prof. M. CONDORELLI FRANCAVIGLIA.

## Epilessia riflessa da elmintiasi intestinale «Ascaris lumbricoides L.»

per il prof. M. CONDORELLI FRANCAVIGLIA.

In precedenti lavori ho avuto occasione di occuparmi di varie forme di nevrosi riflesse di origine parassitaria, ai quali mi riferisco per la bibliografia della presente nota. In molti altri pubblicati, prima e dopo dei miei, sul medesimo argomento, concordemente si viene ad ammettere l'esistenza di disturbi nervosi, più o meno gravi e multiformi (abbassamento dell'udito, cofosi, ambliopia, amaurosi, vertigini, spasmi ritmici, accessi epilettiformi, paresi e paralisi transitorie, ecc.) sotto l'influenza diretta di entozoi.

Molto si è scritto sul meccanismo di azione di questi, ma l'argomento non può dirsi ancora risoluto, restando così aperto il campo di discussione sulla patogenesi di tali turbe nervose.

Ed è appunto coll'intendimento di portare in ciò altro contributo, che mi permetto di comunicare la seguente osservazione clinica.

G... B... di C..., di anni 19, da Villarosa (Caltanissetta), studente, di sana e robusta costituzione fisica, ha goduto sempre ottima salute. Fanciullo soffrì le solite malattie esantematiche. L'anamnesi esclude l'eredo-sifilide, l'alcoolismo, la malaria e qualunque malattia del sistema nervoso tanto negli ascendenti quanto nei collaterali.

È sobrio nella vittitazione, beve pochissimo vino e di rado liquori, non fuma, è poco amico di Venere. Studia quanto basta per compiere i suoi doveri scolastici, evitando, per naturale disposizione, la *surmenage* intellettuale.

Mentre trovavasi in iscuola, ove si era recato del solito buon umore, verso le ore 11 fu preso da una sensazione di pesantezza al capo e da vertigine; emise un debole grido e ad esso seguirono gravi convulsioni generali, prima toniche e poi cloniche, durante le quali egli si morse la lingua, producendosi una piccola ferita sanguinante. Dopo circa dieci minuti, le convulsioni cessarono e l'infermo cadde in un profondo coma. In queste condizioni fu da me visitato: notai sospensione completa della sensibilità e della coscienza, pupilla dilatata e rigida.

L'accesso fu oltremodo violento e prolungato: il paziente riacquistò del tutto i sensi dopo circa un'ora, la memoria molto più tardi.

A distanza variabile dai 60 ai 90 minuti, seguirono altri tre accessi di breve durata e di poca intensità. Evidentemente quel giovine era nel pieno dominio dello *stato epilettico*, in lui caratterizzato da un accesso violento e prolungato, seguìto da altri subentranti leggieri.

Malgrado la somministrazione di un generoso purgante, l'uso quotidiano degli enteroclismi e dei bromuri, altri accessi, lievi però, ebbero a verificarsi nei giorni successivi.

Scartata, per l'anamnesi, la possibilità di una epilessia essenziale, la giudicai di natura secondaria e di origine probabilmente riflessa da elmintiasi intestinale.

Riserbandomi di fare l'esame microscopico delle feci, consigliai di bene ispezionare il materiale fecale; talchè, accertata la presenza dell'*Ascaris lumbricoides*, somministrai la santonina in emulsione oleosa, che ebbe per effetto la fuoruscita di due ascaridi.

Dopo quel giorno, e senza l'uso di alcun medicinale, gli accessi non si ripetettero più. Adesso il giovine studente sta benissimo, e nelle sue feci non presenta traccia alcuna di uova di elminti.

Il caso clinico, che brevemente ho descritto, è di qualche interesse, non soltanto perchè arricchisce la casistica di epilessia riflessa da elmintiasi intestinale (*Ascaris lumbricoides, Taenia solium* e *Taenia mediocanellata, Hymenolepis nana*, ecc.), ma anche per il fatto che i gravi accidenti nervosi, nel soggetto in esame, furono provocati dalla presenza nell'intestino di due soli ascaridi.

Per le osservazioni cliniche di Rosen, Franck, Davaine, Hubert, R. Blanchard, avvalorate dalle ricerche di laboratorio di Mingazzini, di Vignardon, di Chauson e di altri, devesi ammettere che nel corpo degli ascaridi si elaborano speciali sostanze, capaci di provocare, per contatto, fenomeni irritativi locali e, per assorbimento, disturbi generali più o meno gravi (prurito, congiuntivite, starnuto, corizza, afonia, dolori faringei, difficoltà della deglutizione, gonfiore delle palpebre, contratture parziali o totali, ecc.).

Che tali principî, sieno sostanze acide o volatili con azione spiccatamente urticante sulla pelle e sulla congiuntiva (Alessandrini e Paolucci), ovvero veleni animali veri e propri con azione tossica elettiva sul sistema nervoso, ovvero ancora l'una e l'altra cosa riunite insieme, non è possibile precisare. È certo però che gli ascaridi elaborano una tossina specifica con azione elettiva sul sistema nervoso; come risulta dalle esperienze di Vignardon e di Chauson, i quali, mediante l'iniezione ipodermica di 2 a 4 centimetri cubici di succo di ascaride, ottenuto per spremitura del verme tagliuzzato e pesto in mortaio, determinarono, in un periodo di tempo, variabile da un minimo di 2 a 3 minuti ad un massimo di 50 a 70 ore, la morte delle cavie con accidenti convulsivi.

In favore pure di una tossina specifica parlano le importantissime ricerche di Ghedini, il quale analogamente ai risultati ottenuti da Weinberg e Parvu e da lui stesso nelle infezioni da echinococco e da anchilostoma, riuscì a mettere in evidenza la reazione di fissazione del complemento, cioè potette dimostrare che nel

siero di sangue dell'individuo infetto da ascaridi esistono reagine capaci di fissare il complemento.

Talchè, ammessa la esistenza di una zootossina convulsivante, l'epilessia riflessa sarebbe una nevrosi da intossicazione endogena di natura parassitaria.

D'altra parte non è possibile negare qualunque importanza allo stimolo meccanico, esercitato dagli ascaridi sulle terminazioni nervose della mucosa intestinale. Essi nematodi, provvisti di potente apparato boccale, costituito da tre labbra funzionanti pure come organi di senso, esercitano un continuo traumatismo sulla parete dell'intestino, abradendone l'epitelio ed infossando la testa nella mucosa e nella sottomucosa, e mettendo allo scoverto, in tal guisa, le terminazioni nervose, che quindi vengono ad essere fortemente stimolate.

Così spiegato, il meccanismo d'azione degli ascaridi nella patogenesi dell'epilessia è doppio: *tossico* e *meccanico*.

Termino con una considerazione. La clinica c'insegna, ed io ho constatato più volte, che omopolielmintiasi da *A. lumbricoides* spesso sono sopportate senza alcun disturbo degno di nota, da parte dell'ospite; e che turbe nervose gravi talvolta si avverano in individui, che ospitano pochissimi vermi, come nel caso che è oggetto della presente nota, nel quale il grave e prolungato accesso epilettiforme, seguìto da altri subentranti di minore intensità, si sviluppò nettamente sotto lo stimolo di due soli piccoli ascaridi.

Tale constatazione di fatto, a mio parere, non infirma per nulla la spiegazione, che diamo sulla patogenesi delle nevrosi riflesse parassitarie; soltanto essa, secondo i geniali concetti del De Giovanni relativamente alla morfologia del nostro organismo, ci dice che, perchè si abbiano tali turbe nervose, non basta lo stimolo tossico o meccanico, o l'uno e l'altro riuniti insieme, ma occorre una naturale disposizione, quale elemento di speciale morbilità.

CONCLUSIONI:

1° L'elmintiasi intestinale da *Ascaris lumbricoides* può essere causa di epilessia riflessa.

2° L'epilessia riflessa da *Ascaris lumbricoides* si sviluppa sotto la doppia influenza di uno stimolo meccanico e d'una intossicazione endogena di natura parassitaria ad azione convulsivante, esercitata in individui morfologicamente predisposti.

Catania, febbraio 1915.

(22)

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Società Medica Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni d'interesse medico-chirurgico.

Prof. V. PUTTI e dott. V. NERI. *Su un caso di trauma del midollo dorsale.* — Un ragazzo di 14 anni venne colpito da un tridente a livello del 5° segmento dorsale e presentò subito tutti i segni caratteristici di una sezione totale del midollo: paralisi degli sfinteri, scomparsa dei riflessi superficiali e profondi, ecc. Dopo 11 mesi, cioè nel momento in cui ora gli OO. presentano il giovane, si osserva paralisi di moto degli arti inferiori, dissociazione siringomielica della sensibilità, babinski bilaterale, riflessi tendinei pronti ma non esagerati, esaltazione dei riflessi di difesa. La coincidenza del limite di anestesia con quello dei riflessi di difesa fa ritenere che si tratti di una lesione di piccola estensione che si è andata limitando alla parte centrale del midollo.

Dott. A. PERUCCI (aiuto chirurgo all'Ospedale Maggiore). *Anuria completa calcolotica guarita col cateterismo ureterale terapeutico.* — Riferisce la storia di una donna di 63 anni, già operata di nefrectomia destra per un'enorme idronefrosi calcolotica, e colpita poi, durante il completo benessere, da forti dolori alla regione renale sinistra, anuria e sintomi uremici. Detto particolarmente dei sintomi, degli esami radiografici e del cateterismo ureterale praticato e degli esiti felici avuti, conclude che, di fronte ad una nefrectomia d'urgenza, detto cateterismo era il solo mezzo innocuo ed eroico che potesse salvare la vita della malata.

Dott. A. PERRUCCI. *Sul valore dell'azotemia e della costante ureo-secretoria d'Ambard nei malati delle vie urinarie.* — Riferisce e commenta le sue ricerche intorno all'argomento suesposto praticate in 36 casi, e di questi parla di quelli che vennero operati con successo in seguito alle indicazioni dell'azotemia e della costante.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

## Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 20 maggio 1915.

Presidenza G. BOSCHI.

CAVAZZANI. *Albumine dell'urina.* — L'O. comunica il riassunto di una sua monografia.

Precede una rassegna storica, che va dalle prime osservazioni di Fordyce e di Cotugno (1768-1770) alle ultime vedute di Patein e Roux.

Sono poi descritti più di una trentina di metodi per l'analisi qualitativa e riportati i giudizi delle varie critiche comparative di Lecoche e Talamow, di Wassilieft, di Antenrieth ed altri. A parte è trattato dell'emoglobina.

In un terzo capitolo l'O. passa in rassegna i metodi per la determinazione quantitativa globale, come il proceso Simonot, Christensen, Esbach, Koilleki, Tsuchija, l'uso del polarimetro, dell'oleorefrattometro, della centrifuga, e si sofferma sui tentativi di procedimenti volumetrici.

Dopo un cenno abbastanza diffuso sulle varie individualità chimiche delle proteine, l'O. nel quarto capitolo mette in luce il valore dell'analisi differenziale delle protenine urinarie, e indica i mezzi per il differenziamento della nubecola, delle nucleo-albumine, dell'albumina acetosolubile, del nucleoistone e dell'istone, delle globuline, delle albumine propriamente dette, ecc.

Il quinto capitolo è dedicato all'azoto colloidale, agli aminoacidi, ai fermenti, come materiali aventi rapporto colle proteine, e il sesto per lo stesso motivo contiene brevi notizie sui cilindri urinari.

Alla fine della comunicazione l'O. ricorda una sua recente pubblicazione sul *Policlinico,* indicante una speciale condizione, in cui l'esame superficiale avrebbe fatta escludere la presenza di proteine nell'urina: presenta poi cinque campioni in tubo d'assaggio, dimostrando che una orina può non intorbidire alla ebullizione in un ambiente neutro e in ambiente acido acetico, e può restar limpida in eccesso di acido nitrico, mentre dà con altri procedimenti netta la reazione delle proteine.

CAVAZZANI. *Prodotti del sottosuolo di Castel San Pietro adatti alla terapia.* — L'O. prega l'Accademia a prender visione di alcuni blocchi provenienti dalle nuove cave di fango di Castel San Pietro nei pressi di Bologna. Si tratta di ammassi di finissima argilla, scavata nei pressi di sorgenti salsoiodiche, che sono stati usati terapeuticamente in sostituzione del fango eruttato dalle salse di Sellastra, già dall'O. illustrate fin dal 1902 alla stessa Accademia, con esiti molto favorevoli: presenta il volume edito dalle Terme in occasione dell'ottantesimo esercizio, nel quale sono raccolti gli scritti scientifici relativi alla natura, composizione e applicazione dei diversi mezzi curativi forniti dal sottosuolo di Castel San Pietro.

VECCHIATI. *Intorno ad un caso di costa soprannumeraria cervicale in soggetto affetto da tubercolosi polmonare* (presentata dal socio Minerbi). — Questa osservazione aggiunge un caso a quelle non numerose note nella letteratura di una costola cervicale unilaterale. È degno di nota la presenza unilaterale della costa anomala e il corrispondente maggiore sviluppo della apofisi trasversa del lato opposto, nè sono da passare sotto silenzio:

1° La non comune lunghezza della costa spuria la quale oltrepassava i 6 cm.;

2° Il comportarsi della sua estremità distale la quale apparentemente si articolava col corpo della seconda costa.

3° La enorme prevalenza delle lesioni polmonari tubercolari dal lato della costa succenturiata.

GIANELLI. *Lo sviluppo del piloro umano* (in collaborazione con lo studente Mongini). — L'O. comunica che per un lungo periodo della vita intrauterina il piloro non è segnato all'esterno da alcuna incisura, ma è già distinto internamente per una profonda modificazione delle sue pareti, consistenti, in embrioni di circa 3 mesi, in una brusca diminuzione di spessezza della parte connettivale della mucosa, ed in quelli di circa 5 mesi, nei quali la tonaca muscolare è assai sviluppata, in una identica diminuzione di spessore del suo strato circolare. Nei feti di mesi sei, sebbene nessun indizio si abbia all'esterno del piloro, compare la prima traccia della valvola pilorica consistente in un rilievo del detto strato circolare al passaggio pilorico, là dove si riduce bruscamente di spessore, rilievo che sospinge naturalmente verso l'interno la mucosa restringendo il lume di quel passaggio. Nei feti di circa 7 mesi comincia a disegnarsi esternamente l'incisura pilorica, la quale va accentuandosi col progredire della evoluzione. È in questi feti che a costituire la parte periferica del cercine muscolare della valvola entrano le porzioni prossime delle pareti muscolari dello stomaco e del duodeno, e ciò verosimilmente in seguito ad un più lento accrescimento in ampiezza del punto di passaggio pilorico di fronte a quei segmenti vicini del tubo digestivo. L'accennata partecipazione nei feti di sette mesi è tale che in quel cercine si possono agevolmente distinguere due segmenti, uno interno rappresentante del cercine primordiale, l'altro esterno resultante dalla inclusione in lui delle tonache muscolari del duodeno e dello stomaco.

Il cercine muscolare della valvola considerevolmente si accresce negli ultimi stadî, e più a spese del segmento esterno, e tutte le specie di fibrocellule, decorrenti nei sensi più svariati, che vi si ritrovano nell'adulto, hanno la loro ragione nel particolare suo modo di costituirsi.

L'O. poi si sofferma anche sulle apparenze della mucosa valvolare nelle varie fasi di sviluppo.

PADOVANI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Sulla patogenicità della spirochete nella paralisi progressiva.

Il Forster e il Tomasczewski (*Berliner Klin. Wochenschrift*) in 50 casi di paralisi progressiva estrassero del materiale cerebrale con la puntura e praticarono 61 inoculazioni nei testicoli dei conigli e nelle palpebre delle scimmie; di questi animali potettero tenere in osservazione per 4 mesi 40 conigli e 3 scimmie, senza riscontrare mai alcuna manifestazione morbosa, a differenza di altri autori.

I risultati negativi certo non possono avere valore assoluto; ma dato il gran numero delle esperienze, la lunga durata dell'osservazione e la ricchezza di spirochete riscontrata in alcuni casi, è giustificata la conclusione che le spirochete proliferanti nella corteccia cerebrale nella paralisi progressiva siano modificate, forse attenuate nella loro attività patogena in confronto con gli animali da esperimento, tanto più quando si confrontino questi risultati con quelli delle inoculazioni dei prodotti morbosi della sifilide terziaria.

In questi prodotti è difficile la dimostrazione delle spirochete, e pure si ottengono quasi costantemente infezioni sperimentali negli animali: dopo alcune settimane di incubazione, si sviluppa il sifiloma con reperto di spirochete positivo.

Lo Schuster nota che questo concetto del Forster si avvicina molto all'opinione di altri autori, che la paralisi progressiva e la tabe, ed in generale le affezioni metasifilitiche del sistema nervoso, siano dovute ad una speciale varietà neurotropa della spirocheta, da un *virus nervoso*. Lo Schuster pensa che si tratti più probabilmente di una forma particolare neurotropa della spirocheta, anzichè di una trasformazione di essa nell'organismo dell'individuo affetto nel corso del tempo.

Così si spiega il fatto che proprio i pazienti che più tardi presentano manifestazioni metasifilitiche, molto spesso non presentano che scarse manifestazioni primarie o secondarie.

Il *virus nervoso* sarebbe da considerarsi come un agente infettivo poco pericoloso per la cute e le mucose, e molto per il sistema nervoso.

La refrattarietà per il mercurio e per l'arsenico si comprende sia con l'una ipotesi, come con l'altra.

Il Rothmann nota che con questi concetti si spiega pure il fatto che, specialmente nelle classi elevate, spesso la paralisi si sviluppa precocemente nonostante le cure molto energiche incominciate fin dall'inizio della malattia e sistematicamente continuate.

P. SABELLA.

## CASISTICA.

### Il segno di Remond nella diagnosi della pleurite.

Nell'uomo normale in posizione verticale i muscoli lombari formano al lato delle apofisi spinose un rilievo muscolare longitudinale eguale ai due lati. Questo rilievo ha per limiti in alto la dodicesima costola, in basso la cresta iliaca ed in fuori il bordo muscolare dell'ileo-costale.

Negli individui affetti da pleurite questo muscolo appare come paralizzato dal lato malato: la massa muscolare lombare è distesa in larghezza occupando quasi tutto lo spazio ileo-costale. I movimenti di flessione del tronco dal lato malato non provocano alcuna modificazione nei muscoli lombari.

La palpazione meglio che l'ispezione fa rilevare questo allargamento dei muscoli dovuto alla loro contrattura: insinuando le dita dolcemente, in modo da evitare qualsiasi movimento di difesa, dall'infuori all'indentro sotto il bordo della 12ª costola si apprezza a 3-4-5 ed anche a 6 dita trasverse un rilievo muscolare dovuto alla contrattura del muscolo ileo-costale e si osserva pure che il solco che esiste normalmente fra i due muscoli è scomparso.

Per rendere più evidente la contrattura di questi muscoli basta far flettere il tronco, dapprima dal lato malato e poi dal lato sano; si osserva allora che la massa muscolare è più facilmente apprezzabile dal lato malato e che essa è sempre in contrazione e non perde la sua tonicità malgrado l'iperflessione del tronco dal lato malato.

Questo è il segno di Remond, che può essere completato dal segno del martello. Percuotendo dolcemente con un martello da riflessi la regione dorsale tra il bordo interno dell'omoplata e la colonna vertebrale a due o tre dita trasverse all'infuori delle apofisi spinose, all'altezza della 5ª, 6ª e 7ª vertebra dorsale si ha: 1° una contrazione riflessa visibile ad occhio nudo di tutti i fasci medî del lungo dorsale,

che parte dal punto percosso e finisce alle inserzioni del muscolo; 2° una vibrazione di tutto il muscolo come una massa di caoutchouc duro, vibrazione che si può apprezzare con le dita.

Il segno degli spinali o di Remond è accentuato sopratutto dal lato dove esiste la pleurite; è sempre più o meno accennato dal lato sano, in conseguenza di una contrattura vicariante che tende ad immobilizzare la base del torace infiammato. Ma per lo meno una volta su tre il segno è di intensità uguale ai due lati e talora anche più accentuato dal lato apparentemente sano. Questo fatto che pareva inesplicabile, trova, secondo Apchin, la sua spiegazione nella circostanza che le pleuriti possono essere bilaterali anche quando manchino segni clinici che facciano rilevare la bilateralità del processo e la presenza del segno degli spinali ai due lati ha una notevole importanza diagnostica appunto perchè mette in rilievo la esistenza di un processo infiammatorio alla pleura anche dal lato apparentemente sano.

DR.

### Lesioni pleuriche nei sifilitici.

Quando un sifilitico presenti una pleurite, si pone subito il grave problema etiologico, se la pleurite sia essa stessa di natura sifilitica, o se, provocata da altri agenti, non rappresenti una semplice complicanza.

Brelet (*Gaz. des Hôpit.*, 8 luglio 1914) ricorda quanto siano rare le lesioni sifilitiche della pleura e come nella diagnosi di essa ci si possa ritrovare dinanzi a due particolari condizioni: la pleurite può essere *sintomatica* d'una lesione complicante, negli organi alle pleura vicini; la pleurite può essere *primitiva*: quando una zona di parenchima polmonare vicino alla pleura, quando una gomma della cupola del fegato, una osteoperiostite gommosa dello sterno o delle costole, una mediastinite sifilitica siano dimostrabili, non è dubbio che la lesione pleurica contemporaneamente insorta, sia essa una pleurite secca o si tratti di un versamento liquido, rappresenta una manifestazione pleurica di vicinanza di natura sifilitica.

Per la pleurite primitiva può trattarsi di un ispessimento pleurico, che provoca dolori toracici, e che obbiettivamente non dà se non una lieve ipofonesi toracica e qualche sfregamento, può trattarsi di un versamento con tutte le note semeiologiche del liquido pleurico; queste pleuriti possono insorgere nel periodo secondario della sifilide ed accompagnarsi ad altre manifestazioni, possono insorgere tardivamente. Il liquido pleurico è in generale siero-fibrinoso, a contenuto linfocitario.

Non poco discordi sono i pareri degli AA. sulla natura di quelle pleuriti che insorgono nei sifilitici nel periodo secondario o nel periodo terziario: alcuni sostengono essere quasi sempre una complicanza, in generale d'origine tubercolare, o che per lo meno non si hanno mezzi per dimostrare la specificità della lesione pleurica, altri invece sostengono l'esistenza di vere pleuriti sifilitiche genuine, appoggiandosi allo studio del decorso e delle ricerche di laboratorio: la pleurite sifilitica secondaria è generalmente precoce e compare nei primi mesi, con le manifestazioni mucose e cutanee (placche mucose, roseola), è compagna delle gravi forme di sifilide; se il malato non ha precedenti bacillari, se la reazione di Wassermann è positiva col siero di sangue e col liquido pleurico, se l'inoculazione del liquido riesce negativa nelle cavie, se anche la cutireazione è negativa, con tutta verosimiglianza la pleurite è sifilitica; in tali casi d'ordinario la cura mercuriale o salvarsanica ha ragione come delle manifestazioni cutanee e mucose così del versamento pleuritico.

Non diversamente si deve regolare il medico dinanzi ad una pleurite tardivamente insorta in un sifilitico terziario: qui la prudenza nella diagnosi di natura non è mai troppa, quando i dati siano decisi p. es. per la natura tubercolare del liquido (inoculazione positiva nella cavia) il problema è risoluto, ma con tutti i dati negativi, anche se la Wassermann reazione del liquido pleurico sia positiva, la diagnosi è di probabilità non di certezza.

*t. p.*

### La pleurite metaepatica da colelitiasi.

La compartecipazione della pleura alle manifestazioni accessionali della colelitiasi, sostenuta dal Grocco, è poco descritta nei trattati di patologia e di clinica medica, e pochi casi ne sono stati segnalati dagli autori.

Il Grocco invece ha da molti anni e più volte richiamata l'attenzione sulla evenienza non rara di una pleurite, che accompagna la colelitiasi e che egli chiama pleurite metaepatica. Siffatta flogosi pleurica, che generalmente si limita a destra e solo in linea eccezionale può manifestarsi a sinistra o bilateralmente, si appalesa già quando l'accesso doloroso è al suo acme o quando è in decrescenza, e possiede tutti i suoi sintomi 12-24 ore dopo l'inizio dell'attacco. Si tratta allora di sfregamenti, dapprima fini e poi più grossolani e scroscianti, con sede di elezione posteriormente e verso il rachide, e

che possono estendersi fino a 4 dita sopra la base del polmone, quando gli attacchi di colelitiasi si succedano, subentrando in modo da dare lo *stato di male colico.*

Questo reperto acustico di pleurite secca decresce invece progressivamente coll'attenuarsi e lo scomparire della colica.

Non è detto che la pleurite metaepatica si accompagni solo cogli accessi colici violenti; essa può manifestarsi anche durante accessi lievi od abortivi, costituendo allora un buon segno sussidiario per posare la diagnosi di colica epatica.

Alcune volte la flogosi pleurica può assumere carattere essudativo, e ciò specialmente nelle forme più gravi e febbrili ed accompagnate con angiocolite: in questi casi la pleurite diviene, più che che un sintoma concomitante, una complicazione.

Sulla patogenesi di queste pleuriti, secche od anche essudative, nulla si sa di preciso. Le ricerche istituite e l'evoluzione clinica pare che portino ad escludere una causa batterica, propendendo invece per l'ammissione di cause flogistico-irritative, trapiantatesi dalla cavità addominale alla toracica attraverso le indubbie vie di comunicazione diretta e linfatica attraverso il diaframma.

Il Villa Santa (*Riv. crit. di Clin. med.*, n. 1, 1915) riferisce un caso da lui studiato di pleurite metaepatica, e giunge alla conclusione della esistenza di rapporti intimi e frequenti fra colelitiasi, e sopratutto colica epatica, e risentimento pleurale, generalmente destro, più raramente sinistro o bilaterale, dovuto a propagazione flogistico-irritativa transdiaframmatica, probabilmente lungo le vie linfatiche.

Siffatto risentimento, quasi sempre sotto forma di pleurite secca, accompagna anche le forme lievi, abortive od anomale di colica epatica, costituendo allora un sintoma diagnostico sussidiario; quando si tratta di coliche violente o protratte o accompagnate da angiocolite o da flogosi febbrili si può avere invece la complicazione di una pleurite siero-fibrinosa.

G. SABATINI.

## TERAPIA.

### Le indicazioni per le cure di altezza.

L'azione stimolante sugli organi ematopoietici del clima di altezza ammessa dal Bert e poi recentemente confermata dal punto di vista sperimentale da molti autori deve oggi essere utilizzata in tutti gli stati anemici e lo Stüabli (*Med. Review*, aprile 1914) se ne mostra un fautore entusiasta in base ad una ricca esperienza personale.

Egli ne precisa anche le controindicazioni date sopratutto dagli stati anemici secondari a neoplasie. Nella leucemia ed anemia perniciosa i risultati sono assai incostanti, però tale metodo va tentato pur non trascurando le altre risorse terapeutiche che la scienza in tali casi consiglia.

In molti casi durante il periodo di acclimatazione si notano la dispnea, il cardiopalmo, la tachicardia: la richiesta di maggior lavoro da parte dei polmoni costituisce per i muscoli respiratori un aumento notevole di funzionalità, perciò il clima di altezze è indicato nei casi di malformazioni del torace e dei suoi muscoli, nella convalescenza della polmonite, negli esiti della pleurite, nell'empiema. Le controindicazioni sono l'enfisema avanzato, nel quale i polmoni non possono accogliere ulteriori quantità d'aria ed i processi sclerotici e cicatriziali dei polmoni, nei quali grandi zone del tessuto polmonare siano fuori di funzione.

Il cardiopatico nel primo periodo dovrà rimanere in riposo allo scopo di evitare le palpitazioni, poi riprenderà gradualmente e con prudenza il moto: però in tutti i casi di scompenso cardiaco il clima di altezza è controidicato, così pure nei casi di sclerosi arteriosa avanzata, sopratutto se le coronarie sono coinvolte nel processo: la semplice ipertensione non ne costituisce però una controindicazione, anzi in alcuni casi la pressione ritorna normale.

Altre indicazioni pel clima delle altezze sono state accertate da ricerche sperimentali eseguite sul metabolismo: così si è dimostrato indicato in tutti i casi che si desideri un aumento della provvista dell'organismo in albumina e specialmente nella convalescenza delle lunghe malattie esaurienti e nell'albuminuria giovanile.

Anche in casi di obesità essa trova la sua indicazione così in certe forme di diabete, di malattia di Basedow e nell'asma nervosa non complicata da bronchite cronica. P. A.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(520) *Sulla cura del diabete.* — Sarei grato a cotesta Redazione se nella « Posta degli abbonati » volesse rispondere alle seguenti domande, indicarmi cioè:

1° Gli ultimi ritrovati che hanno dato i risultati migliori nella cura del diabete mellito, specialmente per ciò che riguarda la sostituzione del pane e dei farinacei.

2° Qualche tabella dietetica più in uso, oppure sapermi dire se esiste una traduzione italiana (e da chi edita) del libricino stampato a

Wiesbaden (1895) da Bergmann, che mise insieme una lista variata di pasti di un diabetico per un anno intero.

3° Se si può adoperare la saccarina senza nocumento, per edulcerare il caffè.

4° Come dovrà regolarsi la dietetica di un diabetico non grave, in cui, con l'esclusione assoluta degli idrocarbonati, si è ottenuta la scomparsa dello zucchero nelle urine, e in cui, però, si è riscontrata la presenza di albumina in piccola quantità (1 per mille). Al miscroscopio non si sono riscontrati nè cilindri nè cellule epiteliali, ecc.

Ringraziando Abbonato 6815.

Rispondiamo ordinatamente:

1° Ha fatto buona prova la farina d'avena; in qualche caso convengono anche le patate.

2° In molti trattati sono elenchi di cibi permessi e proibiti; non vediamo la necessità del Bergmann, che non ci risulta tradotto. È necessario individualizzare.

3° Nulla è da temere dalla saccarina, usata con moderazione.

4° Conviene introdurre il consumo di latte e latticini freschi.

A.

(521) *Trattamento di iperidrosi.* — Come trattare le iperidrosi localizzate? Ne ho per es. un caso in donna 25enne piùttosto anemica, che allatta.

Dott. B. A.

Contro queste iperidrosi, localizzate ed unilaterali, o talvolta anche incrociate, la cui origine può essere ereditaria, oppure legata agli stati morbosi più svariati (morbo del Flajani, lues cerebri, isteria, siringomielia), dobbiamo limitarci a stabilirne la causa, quando ciò è possibile, e a combatterla. Contro il fatto in sè dell'aumentata secrezione sudorifera non c'è nulla da fare direttamente.

V. MONTESANO.

(522) Le sarei grato se, nell'apposita rubrica del *Policlinico* (Sezione Pratica), Ella volesse indicarmi un buon trattato, o meglio manuale, per la cura delle fratture, ad uso dei medici pratici.

La ringrazio sentitamente e la ossequio.

Abbonato 6968.

Le suggeriamo:

A Predieri, «Lezioni di traumatologia, Fasciature», ecc. Pavia, Libreria Editrice Succ. Marelli, L. 8. — Hoffa «Fasciature, Apparecchi e Medicazioni». Società Editrice Italiana, Milano, L. 14. R. B.

# VARIA.

**Il pane e le sue proprietà.** — In una memoria pubblicata sulla *Deutsche Mediz. Wochens.* del 29 aprile il prof. Rubner osserva che il problema del pane è oggi uno dei più gravi che si pongano in Europa, non solo per gli Stati belligeranti, ma anche per quelli neutrali. Ovunque è sorta la difficoltà di procurarsi il grano, a causa degli ostacoli creati al commercio dalla guerra. Intanto il pane di grano costituisce una tale necessità per i popoli civili, che la diminuzione della razione di pane dev'essere considerata come una calamità.

In origine i popoli tedeschi consumavano pani d'avena e d'orzo. La coltura del grano venne dai Galli, ad ovest; la coltura della segale dagli Slavi, ad est. La Francia e l'Inghilterra sono state sempre consumatrici di grano.

Nessun popolo può esser considerato come mangiatore di segale: questa viene coltivata solo nei terreni che rendono poco a grano, ma il grano è a tutti più accetto.

La fabbricazione del pane non è un'arte universale e remotissima, come potrebbe ritenersi. A quanto sappiamo, un tempo era nota solo in Egitto; poi passò in Grecia, donde raggiunse Roma nel 168 a. C.; di lì si diffuse a tutto il mondo civile.

Per molti secoli il pane consistette esclusivamente di grano o segale. I tentativi di utilizzare altre farine sono quasi tutti falliti.

Questi due cereali non hanno lo stesso valore, dacchè il glutine di segale non consente di ottenere una vera pasta, nè di ottenere una mollica soffice.

Il buon pane non stufa mai, neanche mangiandone tutt'i giorni dell'anno.

Un tempo si utilizzavano integralmente i semi di grano per preparare la farina e confezionare il pane: si ottiene così ancora oggi un pane indigesto e poco nutriente, sebbene apprezzato da certuni che lo reputano salutare perchè mantiene l'intestino ubbidiente (è il Graham-Brot dei tedeschi, il nostro pane integrale).

Poi si prese ad abburattare la farina. Il pane bianco è ottenuto abburattando la farina attraverso maglie di 0.1-0.2 mm. di larghezza.

Negli strati esterni del seme, che restano aderenti alla crusca, sono contenuti fosfati ed aleuroni, altamente nutritivi.

Invece lo strato più esterno della crusca è privo di valore nutritivo; ma l'utilizzazione di esso è oggi di grande attualità.

Quando è macinato finissimo può essere mescolato alla farina bianca, senza ridurne la digeribilità nè il valore nutritivo in modo apprezzabile. R. B.

**Il pane di paglia.** — Destò molta impressione quando se ne parlò per la prima volta nei giornale politici e la notizia venne accolta con qualche incredulità; ma poi se n'è avuta la conferma dai giornali medici.

È certo che le vacche vengono alimentate con la paglia durante l'inverno, eppure continuano a dare latte; quanto all'uomo, si credeva che la paglia potesse riuscire dannosa al sistema digerente; ma i fatti si sono incaricati di smentire questa credenza. In tempi di carestia si sono consumate la segatura, le corteccie; la loro azione era puramente meccanica, cioè si limitavano a calmare la sensazione penosa di fame: potrebbe essere altrettanto per la paglia.

Queste ed altre considerazioni sono state esposte dal dott. Friedenthal, ad un'adunanza di medici militari tenuta nella scorsa primavera (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 26 aprile 1915). Questo A. era dapprima scettico; ma poi assaggiò egli stesso il pane di paglia ed afferma che quando si usa la paglia di segale, si ottiene un pane molto più accetto al palato che il comune pane di guerra. Eppure la macinazione era grossolana, perchè praticata dallo stesso A.

Non si produsse nessun disturbo intestinale. Sostituendo la farina di paglia alle patate, si otterrebbe un pane gustoso, digeribile, nutriente...

(Dal *Medical Record*, 10 luglio 1915). R. B.

**Rimedi stranieri in Germania.** — Nella *Deutsche Medizin. Wochenschrift* del 22 aprile 1915 Zernik informa la classe medica tedesca che alcuni rimedi stranieri venduti in Germania non rispondono alle indicazioni contenute negli involti o consegnate nelle *réclames.*

Ad esempio, un rimedio francese contro la gotta conterrebbe colchicina « cristallizzata »; ma la colchicina non cristallizza! Una « bromo-chinina » di origine inglese, con proprietà lassative, consiste di fenacetina e gialappa! I « sali di frutta », pure inglesi, non sono che una preparazione effervescente di acido tartarico e bicarbonato sodico. Varie preparazioni di sandalo non sono che capsule d'olio di legno di sandalo comuni. Molti rimedi dai nomi fantastici possono farsi spedire più a buon mercato dai farmacisti. Solo una preparazione francese di « apiolo » sarebbe un rimedio segreto di valore effettivo, che non si è ancora riusciti ad imitare in Germania.

R. B.

**Il parossismo della « Kultur ».** — La *Frankfurter Zeitung* di febbraio pubblicava il seguente squarcio del prof. E. von Leyden, uno dei più celebri clinici della Germania. È un bell'esempio della mentalità e della infatuazione attuale del popolo tedesco:

« Non si può ammettere nemmeno per un momento che giammai si ristabiliscano, da parte dei tedeschi, rapporti di amicizia cogli inglesi, nemici accaniti della Germania. Gl'inglesi sono barbari nel senso vero della parola, si sono posti al di fuori dell'umanità e non possono essere accolti nella società dei civilizzati tedeschi. Quando la pace sarà ristabilita nessun tedesco che si rispetti consentirà a prendere dimora in qualsiasi posto dove si troverà un inglese. Noi germanici dobbiamo giurare la vendetta nazionale contro gli inglesi e mai riposare *nè cessare i preparativi per un'altra guerra,* nè tralasciare qualsiasi sforzo fino a che non avremo distrutto per sempre la traccia anche più piccola della potenza inglese. I russi dovranno essere trattati alla medesima stregua perchè si sono uniti agli inglesi per distruggere la potenza e la cultura germanica. Essi sono i barbari dell'est come gli inglesi sono i barbari dell'ovest. La Russia deve essere bandita dal consorzio civile. Contro la Francia non abbiamo il medesimo odio violento, ma ogni francese dovrà essere allontanato dal luogo dove si muovono uomini e donne rispettabili. Per quanto si riferisce alle nazioni neutre — e qui si comprende che si parla dell'Italia — noi non abbiamo bisogno di esse sia per il nostro bene morale sia per la nostra prosperità materiale. Siano anche i cittadini di dette nazioni egualmente allontanati dai nostri focolari e *sappiano che noi li disprezziamo.* La Germania deve e vuole restar sola. I germani sono gli eletti della terra. Essi seguiranno il loro destino che è di governare il mondo e di dirigere le altre nazioni per il bene dell'umanità ».

---


Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico:*

PROF. L. FERRANNINI

**Docente di patologia e clinica medica nella R. Università di Napoli**

# Manuale di Semeiologia

## Medica, Fisica e Funzionale

2ª edizione, riveduta ed ampliata con prefazione del prof. G. Rummo

SOMMARIO. LA STORIA CLINICA — SEMEIOLOGIA FISICA GENERALE — *Semeiologia dell'apparecchio respiratorio — Id. dell'apparecchio circolatorio — Id. dell'addome — Il. dell'apparecchio digerente — Id. dell'apparecchio urinario — Id. del sistema nervoso — Id. del sangue — Id. del ricambio materiale.* — Volume in 16° grande, di 490 pagine, con 108 figure intercalate nel testo, rilegato in piena in tela inglese, **L. 7.** Per i nostri associati sole **L. 5,25** franco di porto e raccomandato.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

*I medici assimilati e la divisa militare.* — Quanto pubblicammo su questo argomento nello scorso numero rispecchia il modo di vedere di una parte dei medici assimilati.

Ora ci si scrive per fare giustamente rilevare che molti medici assimilati ritengono preferibile di non vestire la divisa, poichè la funzione da essi esercitata basta a conferir loro il prestigio necessario per il normale andamento dei servizi. D'altronde l'esenzione dall'obbligo di vestire la divisa risparmia loro fastidi e noie, di cui non sentono menomamente la necessità. Ancora: la divisa importa obblighi, i quali talvolta turbano ed intralciano i servizi, anzichè giovare; essa riduce la libertà e l'indipendenza di cui il medico sente bisogno — anzi necessità — per il pieno adempimento del suo alto mandato.

*I medici condotti e la guerra.* — Riportiamo dal « Piccolo Giornale d'Italia » :

Mentre ammiriamo in Italia la provvida organizzazione civile per soccorrere le famiglie dei richiamati sotto le armi, segnaliamo con vero rammarico la ingiusta posizione fatta ai medici condotti nel momento attuale di guerra, a differenza di tutte le altre classi di impiegati.

La legge sulla Cassa di previdenza per i medici condotti, che non pecca certo di antichità, perchè riveduta nel dicembre 1909, non ammette il diritto d'aspettativa pel caso di richiamo in servizio militare (!), talchè un medico che sia richiamato perde pel computo a pensione tutto il tempo che passa sotto le armi. Ciò è enorme, se si pensi in quali condizioni di floridezza si trovi questa Cassa di previdenza, ricca di oltre 50 milioni di lire raccolte quasi esclusivamente coi contributi dei sanitari — perchè il Governo fin qui non dette alcun aiuto finanziario — e d'altra parte si rifletta alla grave jattura che questa improvvida manchevolezza di legge apporta alle famiglie dei medici richiamati, che vedono per essa allontanarsi il giorno del conseguimento della pensione.

Moltissimi medici condotti sono stati già richiamati sotto le armi; molti di essi poi hanno offerto spontaneamente l' opera loro arruolandosi quali volontari, e continuando così il bell'esempio che la benemerita loro classe offrì altre volte in tempi di guerra. Ma la loro opera utilissima, il loro slancio generoso sarebbe mal compensato davvero, ove il Governo non modificasse la legge Cassa di previdenza nel senso di riconoscere come *utile a pensione* il tempo passato in servizio militare, sia esso obbligatorio o volontario.

Ed utile e giusto sarebbe per parte del Governo il richiamo dei Municipi al loro dovere di corrispondere ai medici richiamati sotto le armi lo stipendio durante il loro servizio militare. Vi sono, è vero, le due circolari 12 settembre e 10 novembre 1914, che esortano i Municipi a ciò, e a tali circolari si riferì la risposta dell'on. Celesia all'interrogazione mossagli in proposito dall'on. Agnelli; ma purtroppo, se molti Municipi accolsero e tradussero in atto quelle esortazioni, alcuni invece si mostrarono sordi ad ogni sollecitazione del Governo. Così sappiamo che qualche Municipio concesse la aspettativa ai suoi medici soltanto se essa fu richiesta per *motivi di famiglia,* facendo loro comprendere che l'avrebbero negata se richiesta *per motivi di richiamo in servizio militare*; e ciò evidentemente disposero per sottrarsi a tutti gli obblighi di corresponsione di stipendio e a tutte le esortazioni governative! Ne è conseguito che quei medici specialmente che fecero spontanea domanda di essere assunti in servizio militare e che poi furono, durante questo loro servizio, mobilitati *d'autorità,* si trovano ora senza alcuno stipendio dei Municipi e perdono anche pel computo a pensione tutto il tempo che passarono sotto le armi.

Nè il decreto luogotenenziale in data 15 corrente può riguardare i Municipi nei rapporti dei loro medici, nel senso di pagar loro la differenza tra lo stipendio militare e quello civile, se questo è superiore a quello (art. 2); perchè occorre riflettere che per un medico condotto lo stipendio municipale rappresenta una sola parte del suo provento professionale, che gli viene corrisposto soltanto per la cura dei poveri, mentre il guadagno maggiore gli perviene, a differenza degli impiegati civili, dal libero esercizio e dalla clientela pagante, che pure ha dovuto abbandonare per passare in servizio militare.

Ci sembra quindi giusto che il Governo in questi momenti di supremo raccoglimento provveda a modificare la legge sulla Cassa di previdenza pei medici condotti nel senso che il tempo passato in servizio militare sia riconosciuto utile a pensione, e intervenga presso i Municipi perchè non sospendano il pagamento

dei loro stipendi. Ricordiamo che il nostro esercito, a somiglianza degli eserciti francese, russo e specialmente serbo, difetta di medici e che solo lo slancio patriottico di questi ha provvisoriamente riparato in gran parte alla deficienza numerica; ma cosa potrà avvenire in appresso, se oggi si troveranno trattati troppo... economicamente? CERBERO.

*Ordine dei medici della provincia di Roma.* — Domenica scorsa alle ore 10, in seconda convocazione, ha avuto luogo, nell'Aula dell'Istituto di anatomia in via Depretis, una adunanza generale straordinaria col seguente ordine del giorno:

1° Comunicazioni della Presidenza.

2° Ricorso all'Assemblea generale del dottor Francesco Burgio contro la deliberazione del Consiglio amministrativo 15 maggio 1915, con la quale gli veniva inflitta la pena disciplinare della sospensione dalla iscrizione nell'Albo, col divieto del libero esercizio professionale, per la durata di un mese.

Aperta la seduta il presidente ha pronunciato le seguenti parole:

« Innanzi tutto o signori, nella certezza di interpretare il vostro desiderio ed il vostro sentimento, io mando oggi un fervido e commosso saluto e la viva espressione della nostra ammirazione ai colleghi che, in servizio di Sanità Militare con l'esercito combattente, dànno così alta e luminosa prova di valore, di sapienza e di eroismo. Insidiati dalla vigliaccheria di un nemico che non si fa scrupolo di scaricare le sue armi su di loro, mentre compiono il loro santo ufficio e provvedono all'assistenza dei caduti stessi dell'avversario, essi dispregiano il nemico e si rendono degni del plauso di tutto il mondo civile! Noi, mentre siamo dolenti che le circostanze ci tolgano di imitarne l'esempio, col nostro saluto mandiamo anche l'augurio, che ormai è certezza, che essi tornino ricompensati dal premio ambito della vittoria!

« Lasciate ora che io vi ricordi i colleghi che, dall'ultima Assemblea, abbiamo perduto. Troppo abbondantemente la morte, nei passati mesi, ha mietuto nel nostro campo!

« Sono morti: Castrucci Evangelista di Roviano, Leoni Emilio di Gradoli, Maurizi Agostino di Roma, Mencarini Gregorio di Oriolo, Mulè Calogero, Pandolfi Gaetano, Serratrice Roberto, Vincenzi Livio, Virili Pietro, tutti di Roma. Se di tutti fu amara la perdita, particolarmente sentita fu quella del povero Roberto Serratrice e di Agostino Maurizi.

« Il primo ci fu rapito in breve ora per una violenta infezione cadaverica contratta nel compimento di un ufficio al quale non poteva sottrarsi perchè chiamatovi dal giudice. L'atrocità del caso e la grandezza della sciagura che ha colpito la sua famiglia, che aveva in lui il suo solo e valido sostegno, spero che consiglieranno il Governo a provvedere con giustizia ed equità ai superstiti. Il Consiglio dell'Ordine, come è suo dovere, non mancherà di adoperarsi a tale scopo nel modo che potrà migliore.

« Agostino Maurizi ha dovuto anch'egli soccombere a fiero morbo che ne troncava la vita nel fiore dalla sua maturità, vita che era circondata dalla stima e dall'affetto dei colleghi.

« A tutti mando un memore saluto e alle loro famiglie l'espressione del nostro vivo, profondo e sentito rammarico ».

Seguì l'espletamento dell'O. d. G. Venne confermata la punizione già inflitta.

*L'assemblea generale dell'Ordine dei medici della provincia di Arezzo*, riunita per la prima volta dopo l'entrata in guerra del nostro Paese, approvava gli atti compiuti finora dalla Presidenza in relazione alla crisi storica attuale, e preso atto dello slancio dimostrato dalla classe sanitaria nel favorire le iniziative del Governo, dei Comuni e degli enti costituiti pel fine di provvedere alle necessità del momento, deliberava alla unanimità di invitare tutti i medici:

1) a rinunciare a qualsiasi emolumento per il rilascio di certificati da servire alla liquidazione di sussidi o pensioni ad individui chiamati sotto le armi od alle famiglie loro, aventi diritto al soccorso, anche se tali certificati rendessero necessaria visita a domicilio;

2) a largire le più ampie facilitazioni su tutto ciò che compete al sanitario nei riguardi dei medici e delle loro famiglie;

3) a facilitare tutti quei Comuni che sull'esempio dello Stato e di tante pubbliche Amministrazioni — hanno conservato stipendio e diritti ai sanitari chiamati sotto le armi, accettando in tali casi, per « scavalchi » ed anche per interinati che si rendessero necessari, quel compenso minimo che può essere giudicato strettamente sufficiente per la maggiore opera da prestarsi in circostanze talmente eccezionali, evitando quelle contestazioni che potrebbero sembrare inopportune oggi, mentre la grande massa degl'Italiani non trova indecorosa qualsiasi prestazione d'opera che possa concorrere al bene supremo della Nazione.

La Presidenza, sicura degli elevati sentimenti umanitari e patriottici dei medici tutti della provincia, si limita a portare a conoscenza degl'inscritti tale deliberato, che ha più valore come ufficiale proclamazione dello spirito che anima la classe, di quello che non abbia come suggerimento ai colleghi.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5397) *Servizio militare.* — Il Dott. L. F. da F. desidera conoscere se ad un richiamato medico condotto ed unico esercente che trovasi in licenza di convalescenza per sei mesi competa lo stipendio di medico condotto. Fa notare che attualmente il convalescente non risiede in condotta e che in questa fu chiamato a sostituirlo un medico viciniore.

Chi trovasi in licenza di convalescenza non può essere considerato come esentato dal servizio militare. Egli trovasi sempre in servizio e sottoposto ai vincoli ed alla disciplina militare durante l'intero periodo di convalescenza. Pertanto ha diritto a percepire lo stipendio del Comune anche quando, come nel caso, risieda in altro posto e l'amministrazione municipale provveda alla supplenza mediante un interinato.

(5399) *Operazioni chirurgiche - Obblighi del medico condotto.* — Il Dott. G. D'A. M. da A. desidera conoscere se il medico condotto è obbligato a tutte le operazioni chirurgiche e se vi sono operazioni la cui esecuzione merita un compenso speciale.

Il medico chirurgo condotto è obbligato a compiere gratuitamente tutte le operazioni chirurgiche che può eseguire con i mezzi di cui dispone. Per le altre dovrà ordinare il ricovero dello infermo in adatto luogo di cura. Se in detto luogo di cura egli interviene ed opera, non lo fa con la veste di medico condotto ma di privato professionista ed ha, quindi, diritto a compenso dalla famiglia che ha richiesto il di lui intervento.

(5400) *Servizio militare - Competenze a carico del Comune.* — Il Dott. D. G. da F. desidera conoscere se sia giustificato il rifiuto opposto dal Comune pel pagamento dello stipendio al medico condotto chiamato sotto le armi per la ragione di non aver il Comune accettata la disposizione dell'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili dello Stato e se vi sia una disposizione di legge che dichiari applicabile anche agli impiegati comunali il disposto del precitato articolo 20.

Nessuna legge rende obbligatoria l'applicazione dell'articolo 20 del testo unico delle leggi sullo stato giuridico degli impiegati civili ai medici condotti ed in genere a tutti coloro che dipendono da amministrazioni comunali. Con circolare diramata a suo tempo a tutti i Comuni fu fatto obbligo alle amministrazioni comunali di introdurre nei propri regolamenti organici disposizioni identiche a quelle del precitato articolo 20 onde preventivamente sistemare la posizione economica di quelli impiegati che fossero eventualmente chiamati alle armi. Se il Comune non lo ha fatto, è in colpa. Si potrebbe ricorrere alla G. P. A. enunciando l'omissione ed invocando provvedimenti di ufficio in vista della incuria della amministrazione. Si renda Ella parte diligente ed invochi il provvedimento di ufficio dalla autorità tutoria con la maggiore possibile sollecitudine.

(5402) *Sostituzioni in caso di infermità.* — Il Dott. abbonato n. 4294 chiede conoscere se egli sia tenuto a sostituire il collega malato per solo 15 giorni o per un periodo anche superiore e quale, se l'indennità di supplenza deve intendersi fissata in lire 150 per soli 15 giorni o per ogni mese e se la tariffa di compenso prestabilita deve intendersi estesa anche alle sostituzioni da farsi in caso di malattie contratte in servizio ed a causa del medesimo.

Stando alla genesi della nuova disposizione inserita nel capitolato con la quale si modifica e si illustra quella contenuta nel precedente articolo 8, con il compenso di lire 150 mensili il sanitario titolare della seconda condotta deve sostituire quello della prima in caso di infermità per l'intero mese compresi i primi quindici giorni. La sostituzione è poi obbligatoriamente ammessa non solamente pei casi di malattia non dipendente dal servizio quanto per quelli dipendenti da esso. In entrambi i casi, ricorrendo identità di ragione, il compenso è sempre il medesimo.

(5403) *Ufficiale sanitario - Allontanamento frequente dalla residenza.* — Il Dott. C. A. G. da A. I. desidera conoscere se il Prefetto può incaricare un altro medico condotto a reggere l'ufficio sanitario consorziale e nel caso di violazione di legge a chi ed in qual modo bisogna ricorrere e se il Sindaco possa permettere ad uno dei due condottati, con evidente danno dell'altro, di recarsi a scavalco ad esercitare altra condotta in Comune finitimo distante circa quattro ore fra andata e ritorno.

Per la nomina dell'ufficiale sanitario consorziale occorre bandire apposito concorso. Se, però, il posto non è abbastanza rimunerativo da essere desiderato da liberi estranei professionisti, bisognerà dare o continuare l'incarico al medico condotto del consorzio, il quale riunirà in sè la doppia qualità di medico condotto e di ufficiale sanitario. Naturalmente è preferito in tal posto chi già esercitava lodevolmente la carica. Contro il decreto prefettizio con cui si procede alla nomina dell'ufficiale sanitario può essere proposto ricorso per legittimità alla IV Sezione del Consiglio di Stato nel termine di giorni 60 dalla notifica oppure ricorso in sede

straordinaria a S. M. il Re nel termine di giorni 180 dalla notifica. Anche questa seconda specie di ricorso è destinato a questioni di legittimità, e, cioè, a violazioni di legge, incompetenza od eccesso di potere. Il Sindaco non si può permettere di dare il permesso ad uno dei condottati di assentarsi quotidianamente per esercitare uno scavalco in paese vicino. Faccia domanda al Consiglio comunale per ottenere un aumento di assegno ed in caso di rifiuto produca reclamo per provvedimenti di ufficio alla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 del vigente testo unico delle leggi sanitarie.

(5404) *Servizio militare.* — Al Dott. R. D. P. da C. rispondiamo che trattandosi di invito e non di precetto ricevuto per andare sotto le armi, Ella era perfettamente libero di aderirvi o meno, a prescindere dallo impegno assunto in linea di massima sette od otto anni or sono. La sua andata sotto le armi è, quindi, volontaria e non dà diritto al mantenimento del posto e dello stipendio durante l'assenza.

(5405) *Domanda per la liquidazione della pensione.* — Il Dott. abbonato n. 1659 desidera conoscere se la domanda per la liquidazione della pensione deve essere legalizzata e da chi, se nello inviare la domanda si deve preavvisare la Cassa pensione, se l'originale laurea può essere sostituito da una copia notarile di essa e se questa deve essere legalizzata e da chi, se è necessaria la copia dei mandati di pagamento, e se gli altri documenti debbono essere presentati in carta libera e legalizzati.

Quando il medico, alla data della presentazione della domanda, si trovi tuttora in attività di servizio e non sia intervenuto regolare provvedimento di cessazione definitiva dal servizio, la domanda stessa deve essere vistata dal Sindaco oppure dal medico provinciale per l'autenticazione della firma del richiedente. Il Sindaco od il medico richiedente nell'inviare la domanda all'ufficio sanitario della provincia, dovrà darne avviso alla amministrazione della Cassa. A sostituire la laurea originale si ammette la esibizione di equipollente quando, per causa debitamente comprovata, sia reso impossibile di ottenere la copia autentica di essa. Detta copia deve essere rilasciata da un pubblico notaio, la cui firma deve essere autenticata dal Presidente del Tribunale. Non è richiesta la esibizione di mandati di pagamento. Tutti i documenti che si uniscono alle domande di pensione sono esenti da tassa di bollo purchè sui medesimi sia indicato l'uso cui debbono servire e le legalizzazioni sono eseguite senza marca. L'atto di nascita deve essere legalizzato dal Presidente del Tribunale, mentre tutti gli altri sono legalizzati dalla autorità politica che ha giurisdizione sul Comune, che li rilascia.

(5406) *Servizio militare.* — Al Dott. R. N. da D. rispondiamo che non sappiamo spiegarci la ragione per cui, essendo unico medico condotto del Comune, non sia stato esentato dal servizio militare e sieno, anzi, fallite le pratiche all'uopo espletate, a suo tempo, dal Sindaco. Se le prime pratiche dettero esito negativo ora non si può avanzare altra domanda sperando in esito migliore. Stando alla lata locuzione usata dal proprio capitolato spetta la conservazione del posto e dello stipendio *al sanitario sotto le armi,* senza distinzione di sorta fra colui che si è volontariamente arruolato e colui che ha dovuto rispondere ad obblighi legali.

(5407) *Sostituzione di collega sotto le armi - Congedo.* — Il Dott. abbonato n. 3174, medico condotto insieme ad altro collega attualmente sotto le armi ed obbligato a supplenza reciproca gratuita, chiede conoscere se sia tenuto alla supplenza gratuita per tutta la durata della guerra e se essendo prossimo a terminare il primo anno di servizio abbia diritto a chiedere ed usufruire del mese di congedo.

Poichè il capitolato non fa distinzione fra assenza per congedo o per altra causa di forza maggiore, riteniamo che Ella sia obbligata a sostituire il collega per la intera durata della sua assenza senza poter avanzare domanda per adeguato compenso. Sarebbe però giusto che il Comune riempisse la lacuna esistente nel capitolato ed in vista del maggior lavoro che è obbligata a sostenere quotidianamente, deliberasse in favore di Lei un compenso straordinario. Ha ben diritto di chiedere l'annuale congedo.

(5408) *Servizio ospedaliero - Medici condotti comunali.* — Il Dott. S. C. da B. desidera conoscere se i medici condotti comunali abbiano l'obbligo di curare i poveri della città anche quando si trovino ricoverati nell'ospedale.

I medici condotti comunali non hanno l'obbligo di curare i poveri che sono ricoverati nell'ospedale. Ad essi deve provvedere esclusivamente il personale addetto al nosocomio e che è all'uopo stipendiato .

(5409) *Servizio militare.* — Il Dott. abbonato n. 3073 chiede conoscere se essendo stato esonerato per ragioni di età dal servizio militare possa far pratiche per riottenere il grado di capitano medico che prima possedeva e se, nella affermativa, possa conservare il posto e lo stipendio per la intera durata della guerra.

Può ottenere la reintegra nel grado di ufficiale medico nel R. Esercito, ma, trattandosi nella specie non di un servizio obbligatorio,

ma di servizio che sarebbe volontariamente assunto, non avrebbe diritto a mantenere il posto e lo stipendio per la intera durata della guerra. Occorrerebbe avanzare analoga domanda al Ministero della guerra, Ispettorato di Sanità Militare.

(5410) *Tariffa di medicinali.* — Il Dottor G. C. da S. E. d'A. desidera conoscere se è tuttora in vigore la tariffa di medicinali approvata con R. Decreto del 9 maggio 1910, ed a quale tariffa si riferisce la risposta contenuta a pagina 886 del fascicolo 26 della sezione pratica.

La tariffa di cui Ella fa cenno, approvata con R. Decreto del 9 maggio 1910, n. 121, è tuttora in vigore e lo sarà fino a quando non sarà pubblicata la nuova tariffa di cui è parola nello articolo 17 della legge sulle farmacie del 22 maggio 1913, n. 468. A questa ultima tariffa si riferisce la risposta contenuta a pagina 886 del fascicolo 26 della sezione pratica.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

FOIANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — A tutto il 13 agosto due condotte a cura piena; L. 3750 con 2 sessenni, più L. 750 per indennità cavalcautra. Richiedere l'avviso.

MONTEFALCO (*Perugia*). — A tutto agosto è prorogato il concorso a una delle due condotte; L. 4400 comprese L. 350 per obbligo supplenza. Obbligo cavalcatura.

MURAVERA (*Cagliari*). — Il concorso per la condotta medica piena è prorogato a tutto il 20 agosto. Lorde L. 1400, oltre L. 225 p. carcerati.

RAVENNA. — Due condotte delle frazioni Mandriale e Savarna; L. 3500 con 3 sessenni e L. 500 per cavalcatura. Scadenza 7 agosto.

ROCCHETTA AL VOLTURNO (*Campobasso*). — Al 5 agosto condotta; età limite 45 anni; L. 1800 p. poveri; L. 900 p. la generalità; L. 300 quale U. S.; nette da R. M. Chiedere l'annunzio.

SEDRINA (*Bergamo*). — Consorzio con Clanezzo; popolazione complessiva 2800 ab.; L. 4800 lorde, compreso assegno U. S. Ubicazione alpestre. Scadenza 10 agosto.

SOLARA (*Rovigo*). — Medico-chirurgo; L. 5000; obbl. cav. Scadenza 20 agosto.

SPIRANO-LURANO (*Bergamo*). — Chiudesi 31 agosto 1915 concorso medico consorziale. Abitanti 3761. Stipendio 4400 lorde. Tre sessenni. Comuni equidistanti tre chilometri, pianura. Residenza Spirano ove havvi ospitale.

TARANTO (*Lecce*). — Concorso per titoli al posto di capo laboratorio medico-batteriologico del Comune; L. 3155 e 4 aumenti quinquennali del decimo. Chiedere schiarimenti. Scadenza 31 agosto.

TUORO (*Perugia*). — Condotta; L. 4300 lorde così ripartite: per la cura dei poveri ed abbienti ed indennità alloggio L. 4150, e come U. S. L. 150; indennità cavalcatura L. 700; aumento di 1/10 sullo stipendio iniziale di L. 4300 per un solo sessennio. Assicurazione. Scad. 31 ag. Abitanti 3559.

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

*Diffide e boicottaggi*:

Revoca di diffida: Gualdo (Macerata).

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

**Servizio Sanitario Militare.**

*Ufficiali in servizio permanente.*

Tenenti colonnelli medici promossi colonnelli medici: Perassi cav. Giovanni Antonio, Ruini cav. Camillo, Pronotto cav. Benedetto Sulpizio, Tommassino cav. Mario.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Mozzetti cav. Eliseo, Ceino cav. Achille, Furnò cav. Giacomo, Viale cav. Angelo, Delminio cav. Orazio, Rossini cav. Tommaso, Zibetti cav. Giuseppe.

Capitani medici promossi maggiori medici: Sanna Attilio, Annino Beniamino, Tempesta cavalier Costanzo, Negro Ernesto, Ruta Sebastiano, Andreini Alfredo, Ferro-Luzzi Massimiliano, Grixoni Giovanni, Santini Federico, Coda Carlo, Castellani cav. Romeo, Vinci Francesco, Ronga Vincenzo, Maglioli Antonio, Romano Enrico.

Tenenti medici promossi capitani medici: Branco Vincenzo, Savarino Saverio, Zappalà Giacomo, Suma Cosimo, Ruggeri Antonino, Pettini Pasquale, Bocca Tito, Cambise Ettore, Sesto Antonino, Albanese Ricciotti, Crosiglia Evaristo, De Angelis Arduino, Riccò Ettore, Sinapi Vincenzo, Porcara Isidoro, Valente Gioacchino, Gelormini Luigi, Rinaldi Giuseppe, Tomaselli Vito, Del Vasto Giuseppe.

Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico*:

PROF. G. RAIMOLDI

**I metodi per lo studio delle funzioni renali.**

Questa interessante pubblicazione riassume brevemente la tecnica di tutti i metodi di esplorazione funzionale, che sono stati man mano proposti ed applicati da numerosi sperimentatori e illustra in modo particolare i metodi più recenti quali la *costante di Ambard*, i *coefficienti di Martinet* e il metodo della *eliminazione provocata per mezzo della ftaleina.*

L'opera è altresì corredata dalle conclusioni tratte da un numero notevole di esperimenti eseguiti su individui normali e su malati.

Un volume in 8° di pag. VII-269, in commercio **L. 7,50**; per i nostri associati sole **L. 5**, franco di porto e raccomandato.

# NOTIZIE DIVERSE.

**La "medicina di guerra".**

A partire dal numero attuale sopprimiamo la rubrica della «medicina di guerra», la quale è venuta acquistando molto sviluppo, per modo che includerebbe un materiale troppo eterogeneo.

Questo troverà più opportunamente posto nelle consuete rubriche del giornale .

**Nei campi dell'onore.**

Mentre prestava servizio sul campo di battaglia è caduto il dott. GIOACCHINO LANDINI. Per molti anni aveva fatto parte della famiglia clinica fiorentina; ultimamente prestava servizio nell'Ospedale di S. Maria Nuova in qualità di assistente.

**Per il reclutamento degli ufficiali medici.**

Un recente decreto luogotenziale stabilisce che per la durata della guerra, ferme restando le altre norme che regolano il reclutamento, i laureati in medicina potranno ottenere la nomina ad ufficiali medici senza limitazione superiore di età.

Dispone inoltre che, sempre per la durata della guerra, le norme per il reclutamento degli ufficiali medici di complemento e degli «aspiranti medici» siano interamente applicabili anche ai non regnicoli, ai quali però la concessione del grado si intenderà limitata alla durata della guerra stessa.

**Una casa di convalescenza a Roma.**

L'Istituto De Merode in Roma si sta trasformando in Casa di convalescenza e di cure fisiche, che potrà accogliere oltre centocinquanta ufficiali e soldati feriti in guerra.

L'idea è stata attuata, di pieno accordo con l'Autorità Militare, in seguito all'offerta che i superiori dei Fratelli delle Scuole cristiane fecero al Governo dei locali dei loro Istituti e del personale disponibile. Ciò senza alcun pregiudizio delle scuole che continueranno regolarmente nel prossimo anno.

L'Istituto metterà a disposizione dei nostri prodi le sue aule spaziose e luminose di fronte al Pincio, i suoi grandi e ridenti giardini, vero nido di ombra e di pace nel centro tumultuoso di Roma, le schiere volonterose dei suoi giovani che faranno con intelligente affetto tutti i servizi d'assistenza.

Il preside del De Merode, nella difficile opera d'impianto, è stato efficacemente coadiuvato dall'illustre senatore Morandi, presidente della Giunta di vigilanza dell'Istituto, e da un Patronato di elette signore di cui S. M. la Regina Elena si è degnata di accettare la presidenza onoraria.

È veramente lodevole lo slancio col quale la cittadinanza ha risposto all'invito della carità: famiglie private, ditte, alberghi, case religiose, hanno gareggiato nell'inviare all'Istituto biancheria, letti, mobili.

**Ospedali territoriali a Sondrio.**

Il Comitato della Croce Rossa di Sondrio ha fatto trasformare il convitto dei Salesiani in ospedale territoriale contenente duecento letti per infermi e feriti, con sale di operazione, di medicazione, d'isolamento e tutto ciò che è necessario al buon funzionamento di una unità sanitaria in tempo di guerra.

Anche alcune spaziose sale, negli splendidi locali posti sulle colline di Sondrio, del Convitto Nazionale e delle Suore di Santa Croce in San Lorenzo, sono state trasformate in luogo di convalescenza con circa 300 letti. Questi locali sono stati offerti generosamente dalle Direzioni delle suddette istituzioni.

L'arredamento dell'ospedale territoriale dei Salesiani è stato fatto in gran parte dalla popolazione di Sondrio e della provincia valtellinese. A quello delle sale del Convitto Nazionale e delle Suore di S. Lorenzo hanno graziosamente provveduto le Direzioni stesse.

Questi locali, che contengono circa 500 letti, funzionano sotto la direzione dell'ispettore in prima della Croce Rossa, tenente colonnello dottor G. B. Violi.

**Per i mutilati in guerra.**

È un sacro dovere per la nazione provvedere nel modo più dignitoso e completo alla sorte dei propri figli che per Lei hanno rischiato l'esistenza e sacrificato l'integrità personale.

Con alto senso di opportunità se ne occupa in questo numero l'esimio prof. R. Dalla Vedova.

Segnaliamo anche una lettera alla «Tribuna» del prof. Attilio Curcio, direttore dell'Istituto Ravaschieri di Napoli, il quale incita ad imitare l'esempio della Francia, ove si è costituito un Comitato Nazionale per dare uno speciale distintivo onorifico ai mutilati in guerra.

Il Curcio ricorda inoltre che in Italia esistono molti istituti che provvedono alla rieducazione funzionale dei mutilati in quelle arti e mestieri per essi ancora possibili, ed alcuni asili per mutilati gravi e poveri. Vorrebbe diffusa questa provvidenza doverosa e civile, che completerebbe le distinzioni onorifiche e darebbe il sostegno a tante famiglie a cui ritorna inabile un congiunto, provvisto solo della tenue pensione di Stato.

**La lotta antimalarica nelle ferrovie di Stato.**

L'Amministrazione delle Ferrovie di Stato in questi ultimi anni ha intensificato la lotta contro la malaria. Si annunzia ora che i provvedimenti relativi hanno dato risultati degni d'ammirazione. La percentuale dei casi di febbre palustre nei soli agenti che dimorano o prestano ordinariamente servizio in zone malariche, mentre presso le cessate Società, fra il 1885 e il 1901, era stata in media di 69.92 all'anno e dopo l'applicazione della nuova profilassi era venuta scendendo, pur mantenendosi nell'anno 1905 ancora a 34.44, già nel 1906, che fu il primo anno in cui le Ferrovie poterono cominciare a svolgere un'azione di difesa organica con concetti uniformi, si riuscì a farla discendere al 24.65. Negli anni successivi la discesa si è sempre più affermata con progressione non solo costante, ma così sensibile, che per il 1914 la percentuale risulta del 6.03, così che per ogni agente che dimora in località di malaria o vi presta ordinariamente servizio si è avuto in media, per febbre malarica, la perdita soltanto di 1.01 giornate di lavoro.

Da tutto ciò è derivato che mentre un tempo il bilancio delle Amministrazioni ferroviarie era oltremodo gravato dai sussidi di malattia assorbiti dalle febbri, ora, con una cifra complessiva che, tenendo conto di tutte le spese di infermità, supera annualmente i sei milioni, per i malarici nel 1914 non si arriva alle 100 mila lire.

**Vaccinazione straordinaria contro il vaiuolo.**

Il Municipio di Roma richiama all'osservanza della legge la quale prescrive di far vaccinare i bambini nel primo anno di vita, di ripetere la provvida pratica fra l'8° e l'11° anno e lascia alle autorità locali la facoltà di ordinare che l'operazione venga ripetuta in qualunque tempo fosse ritenuta necessaria. Fa obbligo a tutti i cittadini di sottoporsi alla vaccinazione qualora sia stata omessa od eseguita da oltre dieci anni. Le vaccinazioni verranno eseguite gratuitamente dal 1° al 31 agosto, oppure a mezzo del medico di famiglia, il quale dovrà farne denunzia a norma dell'art. 19 del regolamento 29 marzo 1892, n. 32.

Sarà proceduto alla contravvenzione verso qualsiasi inosservanza, applicando anche le severe sanzioni dell'art. 50 della legge 22 dicembre 1888.

**Scuola per infermiere a Sansepolcro.**

Il dott. Scatolari Giulio-Cesare, medico primario di città ed ospedale a Sansepolcro, come presidente del locale Comitato della Croce Rossa Italiana ha istituito in Sansepolcro una Scuola per dame infermiere, alla quale presero parte numerosissime signore e signorine, che ora, terminato il corso, prestano attivo e intelligente servizio nel locale ospedale, in attesa di poter essere utili anche ai militari feriti se colà ne venissero inviati.

Le lezioni teorico-pratiche furono dal dott. Scatolari impartite nell'ospedale.

**Un secondo dispensario celtico municipale a Milano.**

Milano possedeva finora due dispensari celtici: l'uno governativo e l'altro comunale. Nei due dispensari il lavoro è intenso ed in continuo aumento, e, di fronte alla spiegabile stazionarietà del dispensario governativo rispetto a locali, al personale ed all'orario delle cure, l'Amministrazione comunale riconobbe spettare al Comune di adottare provvedimenti adatti a meglio condurre la doverosa lotta contro le malattie venereo-sifilitiche.

E in questi giorni la Giunta municipale deliberava appunto l'adattamento e l'arredamento dei locali nell'ex Casino daziario di Porta Lodovica per installarvi un secondo dispensario celtico municipale destinato a funzionare entro il corrente anno.

**Tenente medico prigioniero.**

L'« Idea Nazionale » ha da Caltanissetta, 26:

Uno dei tre medici che mentre sul campo di battaglia prestavano la loro pietosa opera di soccorso ai feriti caddero prigionieri degli austriaci il 18 giugno u. s., è un nisseno, il dottor Girolamo La Villa, tenente medico di complemento del ... fanteria.

Egli ha dato notizia di sè alla famiglia e risulta che trovasi a Munthausen Donau.

Come è noto, la cattura dei medici è contraria al diritto della Convenzione di Ginevra.

**L'eroismo di un medico soldato.**

Togliamo da una corrispondenza da Savona al « Corriere della Sera »:

Alla partenza pel fronte del tenente degli alpini Fasiani di Garessio, suo fratello, un distinto medico, lo volle seguire, arruolandosi volontario nello stesso battaglione.

I due giovani parteciparono con ardore e coraggio a duri ed aspri combattimenti.

Tornato il battaglione, dopo una intera notte di battaglia, verso un paese redento dove si trovava il grosso del reggimento, si constatò la mancanza del tenente Fasiani.

Il fratello allora, malgrado il terreno difficile ed insidioso, malgrado fosse la strada presa di mira dal fuoco austriaco, seguito da alcuni prodi alpini, volle andare alla ricerca del caro scomparso. Riuscì, dopo infiniti stenti, a rinvenirne il cadavere, crivellato di proiettili. Il dott. Fasiani si caricò sulle spalle il sacro fardello, riuscendo ancora a porsi in salvo, malgrado la mitraglia nemica.

**Onoranze a colleghi.**

Gli odontoiatri e stomatologi di Firenze hanno solennemente onorato il prof. Carlo Dunn, il quale, per l'avanzata età, si è ritirato dall'insegnamento professionale. Il festeggiato ha pregato il prof. Arnone, presidente dell'Associazione odontoiatra fiorentina, di rendersi interprete presso i colleghi del suo vivo compiacimento.

**Il Congresso scandinavo di chirurgia rimandato.**

I delegati svedesi, norvegesi, danesi e finni della Presidenza della Associazione chirurgica scandinava hanno deliberato di rimandare « sine die » il Congresso annuale che doveva tenersi in agosto a Göteborg in Svezia (*Journal A. M. A.*).

**Nel giornalismo medico.**

La « Gazette des Hôpitaux », la quale non vedeva più la luce dopo l'inizio della guerra, pubblica ora un numero che porta la data di giugno 1915. Esso contiene un lavoro originale di Chalier sulla gangrena gassosa ed alcune notizie, in specie d'ordine medico-militare. Vi è annesso l'indice delle materie per il 1914.

La redazione annunzia che, siccome i redattori sono tutti dispersi, la pubblicazione del giornale resterà sospesa fino a quando le circostanze non consentiranno il ritorno al lavoro abituale.

Non dubitiamo che la celebre rivista medica francese ritroverà, a suo tempo, il favore di cui ha sempre goduto nel mondo medico.

Ha sospeso temporaneamente le pubblicazioni, in causa della guerra, l'« Archivio italiano di ginecologia », il quale vantava un sedicennio di vita.

Al confratello auguriamo che il commiato sia di breve durata.

## Rassegna della stampa medica.

*The Lancet*, 26 giu. BRUCE: Le tripanosomiasi dell'uomo e degli animali nell'Africa Australe. — MELTZER: Il solfato di magnesia nella cura del tetano.
*Ri. crit. di Clin. Med.*, 26 giu. CANTIERI: Anemia grave a tipo pernicioso da carcinoma gastrico latente.
*La Rif. Med.*, 26 giu. CANTELLI: Concetti che informano le aritmie. — MAZZETTI: Potere di riduzione del vibrione colerico.
*Brit. Med. Journ.*, 26 giu. BRUCE (vedi sopra). — HOLLIS: Che cosa l'uomo ha perduto nello sviluppo evolutivo.
*Boll. d. Malattie dell'Or., ecc.* giu. CLERC: Varietà di tumori benigni emorragici delle cavità nasali.
*Pensiero Med.*, 27 giu. TENANI: Esperienze sulla plastica vasale. — BAJ: L'insufficienza cardiaca.
*Giorn. Intern. d. Sc. Med.*, 30 giu. ROMANO: Regime sanitario degli alienati. — SPIRITO: Reazione di Moriz-Weisz in ginecologia.
*Boll. chim.-farmaceut.*, 30 giu. CONDELLI: Gli antisettici organici attaccati dai microrganismi.
*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 22 giu. RAVAUT: Sintomi nervosi determinati dal « vento dell'esplosivo ». — JOSUÉ: Ascoltazione del polso venoso. — BOURGES: Le forme attuali dell'infezione tifoide.
*Paris Méd.*, 26 giu. Numero sull'elettroterapia di guerra.
*Ann. dell'Ist. Maragliano*, 2. OLLINO: Setticemia diplococcica generalizzata con reazione proliferativa sistematizzata degli organi emopoietici. — COSTANTINO e SIVORI: I sieri citotossici nelle malattie da alterato equilibrio endocrino.
*Bull d. Sc. Med.*, giu. BUSACCHI: Esame della capacità funzionale del rene. — XAVIER: Origine del solfocianuro di potassio della saliva. — MAGNI: L'inondazione peritoneale di urina; il potere riparatore della vescica.
*La Presse Méd.*, 30 giu. ACHARD, CASTAIGNE: Progressi della patologia generale e della patologia interna in Francia.
*La Clin. Ostetr.*, 30 giu. LA TORRE: La morte apparente del neonato e la respirazione artificiale.
*Il Morgagni* (Riv.), 30 giu. BERTARELLI: Tifo esantematico e pediculosi.
*Riv. di Med. Legale*, giu. GABBI: Sull'esame del polmone in medicina legale.
*The Boston M. a. S. Journal*, 24 giu. CUTLER: Come bere l'acqua. — CHRISTIANI: Sulla dietetica del diabete.
*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 29 giu. REYNIER: Gl'innesti eteroplastici sul cranio (discus.). — NETTER: Sieroterapia della meningite cerebro-spinale. — BOURGES: Il tifo nei vaccinati.
*Rev. del Circ. Méd. Argentino*, apr. ETCHART: Le illusioni cenestetiche. — MORENO: Le nuove orientazioni della terapia. — CASTEX e VIVALDO: Semiologia e fisio-patogenia del pianto e del riso spasmodico. — VITON: Quadro sinottico di semeiologia del sistema nervoso.
*Revue Neurol.*, mag.- giu. Numero sulla neurologia di guerra. — CARATI: Sulla sensibilità dolorosa farado-cutanea.
*Gazz. d. Osp.*, 24 giu. DE LUNA: Per la liquidazione della parziale temporanea da infortunio sul lavoro.
*Arch. p. le Sc. Med.*, 30 giu. BAGGIO: Influenza del timo sulla formula leucocitaria. — BERTONE: Sorte dell'antigene nella reazione di Bordet e Gengou. — PERRONCITO: Isotossicità del sangue.
*The Journal A. M. A.*, 26 giu. BABCOCK: Natura e trattamento dell'asma bronchiale. — LOVETT: Il trattamento della paralisi infantile. — KEILTY e JESSE: Sull'efficacia delle sostanze antisettiche nel trattamento delle ferite. — BURNS: Il thorium nella pielografia.
*Medic. Record*, 26 giu. MALLORY: La diagnosi del cancro dello stomaco. — SHARPE e ROBERTS: La miosite gluteale.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII. Roma, 8 agosto 1915 Fasc. 32

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



*Importantissimo nuovo Premio semigratuito per gli associati al «Policlinico».*

PROF. F. VALAGUSSA
Libero docente di Clinica Pediatrica nella R. Università, Medico Primario nell'Ospedale «Bambin Gesù» in Roma

**Consultazioni di clinica e terapia infantile**

**(con speciale riguardo alle malattie infettive)**

Il Prof. F. Valagussa, partendo dalle osservazioni fatte in un biennio di primariato nell'Ospedale infantile del Bambin Gesù, ha sintetizzato, per un gruppo di malattie, la sua esperienza clinica, spedaliera e professionale, offrendo ai medici delle consultazioni utili nell'intricata esplicazione dell'esercizio dell'esame e della cura dei bambini.

In queste prime consultazioni sono svolti i capitoli sulle malattie infettive ed in essi è in special modo curata l'esposizione dei metodi di ricerca più moderna ed i mezzi che le nuove conquiste della terapia permettono di praticare.

Un lungo capitolo è consacrato alle malattie gastro-intestinali della prima infanzia che, come è noto, sono le più comuni a riscontrarsi nella pratica e quelle che sono causa della maggiore mortalità dei bambini. In questo capitolo si troveranno esposti in maniera critica i concetti di patologia e di terapia più nuovi e più utili, sia per la profilassi che per la cura diretta delle gastroenteropatie infantili.

Altri capitoli isolati, riferentisi a svariate forme morbose e ad osservazioni anatomopatologiche, completano questo volume che ha un'impronta del tutto individuale e che rispecchia l'osservatore che offre ai colleghi quanto ha potuto ritrarre dall'esperienza di oltre tre lustri in fatto di malattie infantili.

**Elegante volume in 16°, di circa 300 pagine, nitidamente stampato, L. 3,50.**

Agli abbonati al *Policlinico* si spedisce per sole **L. 2,** franco di porto

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

Istituto d'Igiene della Scuola Veterinaria di Pisa.

## Per la preparazione del vaccino anticolerico.

Prof. D. OTTOLENGHI.

Il colera è già comparso da qualche tempo nell'Austria-Ungheria e le statistiche approssimative che si hanno in proposito sono abbastanza gravi, per far temere una diffusione sul nostro fronte di battaglia e, con i profughi e i prigionieri, anche nell'interno. Oltre ai provvedimenti generali di profilassi che saranno stati presi dalle autorità sanitarie, è quindi ormai tempo di pensare anche alle vaccinazioni, la cui applicazione non presenta difficoltà notevoli, mentre può essere di grandissimo vantaggio per evitare o anche per circoscrivere rapidamente i focolai di colera anche nelle truppe obbligate ad una vita forzatatamente poco igienica. Basta ricordare per ciò, che due armate austro-ungariche manovranti contro i russi in Galizia — secondo quanto afferma su documenti persuasivi quella Sanità militare — si salvarono dal colera che vi era già penetrato minaccioso, sopratutto mercè le vaccinazioni esegui-

te su vasta scala con la maggiore prontezza. In tal maniera si sarebbe pure indirettamente salvata dall'epidemia la popolazione di alcuni territori più esposti dell'Ungheria. E forse l'attuale comparsa di colera in Austria è dovuta, più che ad altro, alla difficoltà o all'impossibilità di sottoporre anche i borghesi, come i militari, alle vaccinazioni.

Vi hanno molti metodi per preparare un vaccino anticolerico, ma non tutti sono egualmente adatti per una produzione su vasta scala, possibilmente con spesa modesta e modeste difficoltà tecniche, come occorre per l'esercito.

Da alcuni mesi sono andato occupandomi di tale argomento, giungendo così a conclusioni che mi par utile di riassumere adesso, riservandomi di pubblicare più tardi i particolari sperimentali.

Fra i varî vaccini studiati, solo alcuni si sono mostrati alla prova degni di maggiore considerazione, e sono quelli formati da batterî uccisi o con un moderato riscaldamento o con i vapori d'etere o con l'etere liquido. All'uccisione col riscaldamento si può far seguire l'autolisi a 37° e la filtrazione per ottenere quegli estratti che hanno dato buoni effetti nella vaccinazione antitifica; ma resta inteso che le vaccinazioni in massa si debbono fare con germi morti, sia per togliere di mezzo gli evidenti pericoli del maneggio di colture vive e sia perchè il modo di applicazione consigliato per i germi viventi, ossia l'iniezione endovenosa, non sarebbe certamente raccomandabile per la pratica di guerra.

Finora l'esperienza maggiore si ha intorno ai vaccini di vibrioni uccisi col calore, ed è esperienza favorevole, com'è resultato pure nella prova fattane dall'esercito austro-ungarico, testè ricordata, e, meno recentemente, in quella dell'esercito greco durante la guerra balcanica.

Non si hanno invece se non poche esperienze di laboratorio sui vaccini con vibrioni uccisi dall'etere e sui vaccini a base di autolizzati filtrati.

Io ho saggiato comparativamente questi diversi tipi, usando un ceppo colturale di notevole virulenza per la cavia e determinando la azione dei vaccini: 1° con la titolazione delle agglutinine in conigli vaccinati un'unica volta sette giorni prima (1); 2° con la titolazione *in vitro* delle batteriolisine in quei medesimi conigli; 3° con la prova del potere protettivo, in cavie vaccinate sette giorni prima, contro dosi di coltura capaci di uccidere i controlli in 12-16 ore; 4° con la durata di persistenza delle agglutinine e delle batteriolisine nei conigli vaccinati un'unica volta.

Per tutti i vaccini si usò lo stesso numero di vibrioni della stessa età, e anche le altre condizioni di esperimento vennero scelte in modo da permettere un paragone rigoroso fra i resultati avuti dai diversi vaccini, e che sono principalmente questi:

1° I vaccini preparati con vibrioni uccisi dal calore o dall'etere liquido (procedimento Vincent) o dai vapori d'etere, e il vaccino a base di filtrato d'autolizzato, danno luogo, nei conigli, ad una produzione abbondante di agglutinine e di batteriolisine, senza che si possano riconoscere, fra cotesti diversi vaccini, differenze veramente notevoli;

2° Il valore protettivo per la cavia, è eccellente in tutti i vaccini sperimentati, eccetto che in quello preparato con vapori d'etere, il quale si è dimostrato senza efficacia (1);

3° La persistenza delle agglutinine è notevole ed è discreta quella delle batteriolisine nei sieri dei conigli trattati con vibrioni uccisi dal calore o dai vapori d'etere, molto scarsa nei conigli trattati altrimenti.

L'uccisione col calore è dunque non solamente il mezzo più semplice, ma anche quello che sperimentalmente ha dato effetti migliori e fra loro più concordi. Nella pratica esso dovrebbe avere la preferenza; e poichè, in base alle mie ricerche, il riscaldamento a 60° per un'ora non ha corrisposto così bene come il riscaldamento a 53° per un'ora, a questo e non a quello si dovrebbe ricorrere.

Quanto alla dose di vaccino da inocularsi nell'uomo, restando fermo il volume di 1 cmc., la prima iniezione potrebbe essere di 500 milioni o di 1 miliardo di vibrioni, per salire a 2 miliardi nella terza; poichè le prove fatte anche con vaccino preparato da me, hanno dimostrato che 500 milioni-1 miliardo di vibrioni uccisi a 53° non dànno luogo a reazioni notevoli, nè locali nè generali.

Per il conteggio dei vibrioni, ritengo che in pratica sia più comodo procedere così: allestite le emulsioni in soluzione fisiologica di NaCl con colture giovani di 18-20 ore, prima di porle a riscaldare, se ne preleva 1 cmc. con

(1) Le iniezioni di vaccino negli animali furono eseguite sotto cute.

(1) Le esperienze eseguite con vibrioni uccisi dai vapori d'etere proverebbero, come si vede, che non vi è parallelismo necessario fra produzione di anticorpi dimostrabili *in vitro* e azione protettiva *in vivo*, che è la vera azione vaccinale. È un punto che meriterà di essere studiato con maggiore precisione, anche per l'evidente interesse pratico.

cui fare una serie di diluzioni e con queste una serie di piastre in agar. Dopo 24 ore si numerano le colonie sviluppatesi nelle piastre meglio riuscite, perchè la diluzione vi era più opportuna, e se ne ricava la ricchezza dell'emulsione in vibrioni. Di qui si calcola quanta soluzione di NaCl bisogna aggiungere a cotesta emulsione madre per avere un vaccino con determinato numero di vibrioni.

Tutto il procedimento, come si vede, è abbastanza rapido per potere produrre in breve tempo le grandi quantità di vaccino anticolerico che occorrono per le nostre truppe.

---

# LETTERE DAL CAMPO.

## I servizi radiologici in guerra.

Un nostro redattore ha ricevuto la lettera seguente dal fronte:

*Caro amico,*

Non ti meravigliare se la mia critica passa da uno ad altro argomento con disinvoltura: sono le impressioni del momento, che prendono il sopravvento, e tanto più vere e fresche risultano le corrispondenze quanto esse sono meno sistematiche.

Appiglio alla mia lettera è la vivace discussione, tra radiologi, letta sull'ultimo numero del giornale: non si può non essere grati agli studiosi che vi prendono parte, quando si pensi che solo dalle questioni vivamente agitate, traggono origine le migliori applicazioni nella pratica. Il problema però non potrebbe avere adeguata risoluzione se non si tiene il dovuto conto dell'ambiente nel quale le organizzazioni sanitarie svolgono la loro opera: ogni bel proposito potrebbe rimanerne frustrato, ogni lusso di preparazione riuscire d'impaccio, dinanzi a difficoltà naturali non previste, o una vera stonatura nell'armonia d'una preparazione da lungo tempo maturata.

Non è inopportuno brevemente accennare alle due condizioni: *ambiente naturale* e *organizzazione sanitaria,* sopratutto per quel che riguarda *mezzi di sgombero degli ammalati e feriti* e *luoghi di ricovero.*

Tranne poche eccezioni, per brevi zone, che non modificano il tono generale dell'ambiente, i luoghi nei quali le nostre operazioni si svolgono sono aspre montagne, in molti punti inaccessibili, rigate da poche strade mulattiere, da sentieri militari improvvisati, sentieri in cui « l'occhio e il piede » devono essere pronti e ubbidienti. Le strade rotabili, anzi l'*unica rotabile per ciascuna zona,* sono strade prevalentemente militari, costruite in modo tale da poter essere utilizzabili solo quando le nostre truppe si saranno impadronite dei forti che a grande distanza le dominano e le battono. Non v'ha Convenzione di Ginevra che trattenga le mani ai nostri nemici: essi tirano sui nostri portaferiti, sulla bandiera della Croce Rossa, sulle automobili ambulanze!

L'*automobile radiologico* quindi avrebbe un raggio d'azione in primo luogo limitato dalle condizioni naturali del terreno e dalle abitudini belliche dell'avversario; la sua opera potrebbe invece giungere nei luoghi dove la rotabile è al sicuro dai tiri dell'artiglieria nemica.

E l'utilità potrebbe esserne doppia, e per la diagnostica chirurgica, e per la diagnostica medica. Ma contro tale possibilità urtano tutte le disposizioni sanitarie militari. Seguiamo la sorte dei feriti e dei malati, dal fronte alle formazioni sanitarie più avanzate, da queste alle formazioni di seconda linea, agli ospedali di riserva e territoriali.

Il soldato ferito riceve le prime cure al posto d medicazione reggimentale; se gravissimo, dev'essere lasciato e curato sul posto; se le sue condizioni lo permettono, o in barella, o a piedi, è condotto nella sezione di sanità più vicina, che provvede ad una più accurata medicatura e all'inoltro negli ospedaletti da campo o nelle formazioni sanitarie più importanti.

L'automobile radiologico è naturalmente inutile per il posto di medicazione; dati i luoghi e le attribuzioni della *sezione di sanità,* l'automobile il più delle volte non potrà raggiungere la sede della sezione, e dato che la raggiunga, scarso ausilio potrà portare: le sezioni realmente utili, sono in questa guerra le someggiate, che possono seguire davvicino le truppe operanti, inerpicandosi per luoghi accessibili solo al paziente muletto; ma anche là dove possa funzionare la sezione carreggiata, e l'automobile radiologico giungere a destinazione, passerà il rischio di non trovare più i malati, già trasferiti in luoghi di cura più opportuni. Obbligo preciso della sezione di sanità è quello di sgombrare al più presto i malati trasportabili, su barella o su ambulanza, sia perchè a sua disposizione non sono che scarsi e spesso improvvisati mezzi di ricovero, sia perchè la sua funzione verrebbe notevolmente ad essere inceppata dall'accumulo. Soltanto pochissimi feriti (addominali, con ferite penetranti del torace) rimangono, finchè cessi ogni pericolo legato al trasporto; si tratta di pochi giorni in cui, o l'esito fatale, o un deciso mi-

glioramento, risolvono il problema dello sfollamento.

Il riconoscimento delle difficoltà di diagnosi è un po' in rapporto con la possibilità di agire: volete che si preoccupi della localizzazione precisa di una pallottola, incuneata nel cranio, di una scheggia che leda il midollo, di una pallottola che si sia conficcata nel fegato, chi trovasi nella materiale impossibilità di porvi un immediato riparo? Senza dire che certi interventi chirurgici, *anche in tempo di guerra,* devono essere riservati ad abili mani ed esercitate. L'ambiente della sezione di sanità invece si adatta a meraviglia per i piccoli ausilj chirurgici, medicature definitive, apparecchi, allacciature a scopo emostatico, ecc.

L'estrazione di projettili, quando presenti i caratteri d'una certa urgenza (ferite di shrapnel facilmente suppuranti), o è bisogna per cui basta l'apparecchio portatile someggiabile di cui dispone la sanità militare (ferite degli arti p. es.), diversamente solo varie radiografie, numerose osservazioni in luoghi tranquilli, indurranno il chirurgo coscienzioso ad intervenire.

Gli ospedaletti someggiati seguono in gran parte le sorti dei reparti someggiati, delle sezioni di sanità: in essi però la possibilità di interventi chirurgici è favorita sia da un più abbondante e meglio provvisto materiale chirurgico, sia dalla stabilità maggiore che tali formazioni sanitarie hanno.

Non sono però neppure essi gli ambienti adatti per la grande chirurgia: solo i feriti molto lievi, che in pochi giorni possono tornare al fronte, o i feriti gravissimi, non trasportabili, devono quivi essere curati. Ausilio più che sufficiente per gli ospedaletti è adunque l'apparecchio portatile di Ferrero di Cavallerleone. Solo per i pochissimi malati intrasportabili sarebbe utile l'automobile radiologico.

Le formazioni sanitarie più complesse o di seconda o di terza linea (ospedali da cento letti, e successivamente ospedali di riserva, ospedali territoriali) sono impiantati assai lontani dal fronte, e per di più in generale in città dove esistono istituti ben forniti per ogni bisogno medico e chirurgico; l'automobile radiologico diverrebbe qui un oggetto superfluo e di lusso.

Non intendo così di negare una qualsiasi utilità al grande e completo automobile radiologico; dalla breve rassegna trapela, qui e là, qualche angolo remoto in cui una applicazione potrebbe trovare; ma l'angolo è troppo angusto e troppo remoto.... per un genere di tanto lusso!

Ma anche in tempo di guerra, anche tra giovani, possono sorgere i più complessi e difficili problemi d'indole medica... : l'automobile radiologico verrebbe in utile soccorso nell'indagine, senonchè bisognerebbe trattenere, in attesa dell'automobile, quei malati, che altrimenti, per provvida disposizione, avrebbero raggiunta più conveniente residenza.

Nè una ragione, che tagli la testa al toro, portano coloro i quali prendono esempio dalla Germania per dar consigli e per riformare ogni istituzione italiana: bisogna rendersi conto delle non lievi differenze che corrono tra la nostra e la guerra condotta dagli imperi centrali, per venire nella convinzione che può essere da noi superfluo quello che altrove è reputato necessario: guerra in pianura, solcata da innumerevoli strade rotabili, per territori vastissimi, in cui la conquista si prolunga su terreno che l'esercito sconfitto lascia desolato, abbisogna naturalmente di rapidi mezzi che rendano possibile il più ampio esercizio dell'arte medica, in zone molto distanti dalle città del proprio paese. Se il giudizio di chi vede il problema dal terreno, dove la grande tragedia si svolge, può avere un valore pratico, esso è contrario alla istituzione degli automoboli radiologici: in loro vece, si moltiplichino i mezzi di rapido trasporto dei malati e feriti; l'automobile radiologico è spesa di lusso che non compenserebbe con utile praticità, neppure l'amor proprio del radiologo!

PONTANO.

## Le cure degli odontoiatri di Parigi ai feriti in guerra.

Il prof. A. Chiavaro ha ricevuto dal dottor prof. Oscar Amoëdo di Parigi la seguente lettera, che riportiamo tradotta:

Parigi, 25 luglio 1915.

Dovresti venire a passare una settimana a Parigi per avere un'idea esatta dell'entità e quantità delle ferite della faccia e delle fratture dei mascellari causate dalla guerra moderna.

Nessuno dei metodi di cura che conosciamo serve attualmente. Tutto è cambiato e qui si son dovuti creare nuovi procedimenti e nuovi apparecchi per poter risolvere i problemi che si presentano a centinaia in questa guerra di trincee, dove il soldato espone solamente la testa.

« Val de Grace » è l'ospedale militare dove si trovano centralizzati tutti i casi di feriti ai mascellari che arrivano a Parigi; da questo ospedale vengono poi distribuiti ad altri centri, come l'Ambulatorio americano, la Scuola dentaria di Parigi, ecc. Il dott. Frey è il medico capo di Val de Grace. Nella Scuola dentaria di Parigi i servizi son diretti dai dottori Roy e Martinier.

Oggi ho passato la mattinata nell'Ambulatorio americano. Il servizio odontoiatrico è diretto dai dottori Hayes e W. Davenport. Sono arrivati ultimamente anche alcuni professori da Filadelfia per essere addetti al servizio odontoiatrico (il prof. Guilford con suo figlio e altri due).

Nell'ambulatorio vi sono otto sedie dentarie, che lavorano tutti i giorni dalla mattina alla sera. Vi sono molti casi di fratture mandibolari, in cui manca la metà dell'osso. In questi casi si fa l'innesto autogeno, prendendo un pezzo di osso dalla tibia, altre volte prendendo un pezzo di costola... (come Dio fece per Eva!).

Mi affretto a consigliarti di venire a studiare questa importante questione in Francia, adesso che le valentissime e ben dirette truppe italiane si battono con onore in campo aperto, come avrebbero voluto fare le truppe francesi, se il barbaro teutone, come un sorcio vigliacco, nascondendosi sotto terra, non avesse obbligato gli alleati a fare altrettanto.

Se il tanto ammirato esercito italiano si vedrà obbligato alla guerra di trincea, si avranno anche a Roma moltissimi casi di feriti ai mascellari, ed allora non potresti più allontanarti per venire in Francia, e siccome sulla materia non vi è nulla di scritto, dovresti affaticarti per risolvere difficoltà, che qui sono state già risolte.

Qui gli odontoiatri si lagnano perchè i chirurgi li chiamano troppo tardi, quando le fratture si sono già consolidate viziosamente. In altri casi trovano che è stata fatta la sutura delle labbra e delle guance senza dare importanza alle arcate dentarie. Però a poco a poco i chirurgi vanno accettando la collaborazione degli odontoiatri con grande vantaggio dei soldati.

Diggià in molti casi si fanno mascellari di caucciù corrispondenti al frammento mancante; nel momento dell'operazione si collocano in posto e vi si suturano sopra i tessuti molli per ridare forma alla faccia.

Perchè tu possa renderti conto dell'importanza della cosa ti dirò infine che attualmente vi sono più di centocinquanta casi di mascellari fratturati nel solo ambulatorio americano.

Un celebre chirurgo di una nazione alleata, visitando l'ambulatorio americano, rimase ammirato nel vedere le meravigliose restaurazioni del viso che qui si fanno e disse che nella capitale del suo paese si occupano solo delle ferite senza dare importanza alle fratture e che quindi molti soldati rimarranno deformati.

Il mio amore per l'Italia e per i suoi laboriosi e degni figli mi ispira queste righe e le dirigo a te.....

Tuo amico
OSCAR AMOEDO.



# MEDICINA SOCIALE.

## L'obesità e l'assicurazione vita.

I profani di medicina spesso protestano per l'applicazione di un soprapremio o per il rifiuto del rischio di un assicurando obeso. Ed è tanto più logico il loro ragionamento in quanto essi giudicano essere l'obesità l'esponente di una florida salute; dimenticano invece che anche Galeno aveva notato che gli obesi hanno vita breve. Intendo di parlare dell'adiposità generale, escludendo quindi le adiposità parziali (lipomi ecc.), l'anasarca e l'adiposità dolorosa di Dercum. Cioè di quello stato detto erroneamente di polisarcia (dal greco πολὺς = molto e σάρξ = carne), ma che consiste invece in un accumulo eccessivo di grasso nel connettivo sottocutaneo e negli organi, che normalmente ne contengono una quantità minore.

Spesso la diagnosi di obesità si può fare anche guardando l'assicurando ed osservandone la disarmonia delle forme esterne ed il portamento, ma la difficoltà s'incontra al limite tra obesità e stato normale e nella determinazione del grado di obesità. Perciò è necessario basare la diagnosi sulle misure somatiche accuratamente prese. Nell'esercizio della pratica medica un criterio utile per la diagnosi oltre il conoscere il peso del paziente è quello di accertarsi se il peso del corpo si mantiene costante, giacchè nell'adulto il peso normale, salvo lievi oscillazioni, rimane costante.

Nell'esercizio della medecina delle assicurazioni non bastano le risposte dell'assicurando, le quali qualche volta possono, anche in buona fede, non rispondere a verità. Il peso del corpo poi per sè non ha valore se non comparato alle altre misure e specialmente all'altezza.

Riservandomi di ritornare sull'argomento delle misure normali, accenno brevemente che il peso dell'assicurando, salvo le variazioni dovute all'altezza, alla professione, al clima, alla razza, al sesso, dovrebbe essere, secondo il Broca, di tanti chilogrammi di quanti centimetri l'altezza supera il metro.

Le ricerche di parecchi osservatori hanno stabilito che la regola del Broca non sempre è esatta. Il Villaret afferma che la formola del Broca si verifica per le persone di bassa statura e che la differenza si fa sempre più sensibile con il progredire dell'altezza.

Il Bouchard ha stabilito il rapporto $P = \frac{A}{10} \times 4$ e cioè il peso è uguale al prodotto dell'altezza espressa in decimetri moltiplicato per 4. Per il dott. Mahillon (consulente medico della Cassa di assicurazione annessa alla Cassa generale di risparmio sotto la garanzia dello Stato, in Belgio,

Bruxelles) la cifra del peso non deve superare quella che rappresenta la metà dell'altezza.

Così, per esempio, secondo la formula del Broca, un individuo alto m. 1.65, dovrebbe pesare 65 kg.; secondo la formula del Bouchard dovrebbe pesare 16.5 × 4 = 66 kg. Secondo la formula del dott. Mahillon l'assicurando alto m. 1.65 non dovrebbe avere un peso superiore ai kg. 82.500 e qualora superasse questo peso sarebbe dichiarato obeso.

Alcune Compagnie di assicurazione dichiarano obesi coloro i quali hanno un peso superiore al normale del 20 %.

Per il dott. Norton (medico della Compagnia « Mutual Life » di New York) si può considerare obeso, qualunque sia l'altezza e l'età, ogni assicurando di cui la circonferenza addominale superi la circonferenza toracica nella massima inspirazione; la circonferenza addominale si prende a livello dell'ombelico e negli addomi penduli, evitando le natiche e le creste iliache, obliquamente dalla insellatura lombare all'ombelico.

Per altri la circonferenza dell'addome, presa allo stato di riposo, non deve superare i 6/10 dell'altezza. Perciò l'assicurando alto m. 1.65 deve avere una circonferenza addominale non superiore a cm. 99.

Il dott. Florschütz (medico capo del Banco Assivurazioni Vita per la Germania in Gotha) determina la obesità dal coefficiente di obesità che egli ricava nel modo seguente: sottrae dal doppio della circonferenza addominale l'altezza e per il resto ottenuto divide l'altezza: il quoziente ottenuto dà il coefficiente di obesità; pes. es.: se lo assicurando alto m. 1.65 avesse una circonferenza addominale di cm. 105 il calcolo sarebbe il seguente: 105×2=210; 210—165=45; 165:45=3.6 coefficiente di obesità.

Egli ritiene 5 coefficiente normale ed i coefficienti inferiori al 5 indicano un'obesità sempre più grave. Quando gli assicurandi hanno un coefficiente di obesità inferiore a 3 sono rifiutati.

Non trovo esatte le formule che si basano solo sul peso in relazione all'altezza; giacchè non mi sembra che si possa dichiarare obeso colui che, avendo delle masse muscolari molto bene sviluppate, ha in conseguenza un peso superiore al normale. Si aggiunga poi che spesso il peso segnato nel rapporto medico per l'assicurazione-vita è un peso approssimativo, denunciato dall'assicurando e giudicato ad occhio dal medico fiduciario, il quale si trova certo nell'impossibilità di avere in ogni caso una bilancia a disposizione.

Nè mi pare che la maggior ampiezza della circonferenza addominale rispetto a quella toracica possa far diagnosticare un'obesità. Tale criterio di diagnosi non è valido nelle donne che hanno avuto parecchie gravidanze, nè risponde negli individui nei quali per ipotonia delle pareti addominali vi è una ptosi viscerale, come si verifica non raramente dopo i 50 anni di età.

La formula del Floruschütz è un po' lunga e non si presta per i medici che devono giudicare molti rapporti al giorno; inoltre si basa solo sul rapporto tra altezza e circonferenza addominale.

Io credo che per la diagnosi di obesità bisogna tener conto non solo del rapporto tra peso ed altezza e del rapporto tra circonferenza addominale e toracica nella massima inspirazione, ma anche della circonferenza del collo. Questa misura che si prende a livello della cartilagine tiroide, se supera i 39 cm., quando l'assicurando non è affetto da gozzo, serve a denotare un collo grosso e proconsolare. Solo tenendo conto di tutte quante le misure sopraindicate si può fare con esattezza la diagnosi di obesità ed evitare le cause di errore.

Dopo aver stabilito che l'assicurando è obeso, è utile per il giudizio sul rischio distinguere vari gradi di obesità.

Il Maurel ammette 4 gradi di obesità:

il 1° che comincia dall'aumento di un decimo del peso normale e arriva fino ai tre decimi;

il 2° grado dai tre decimi ai cinque decimi;

il 3° grado dai cinque ai sette decimi;

il 4° comprende tutti gli aumenti a partire da quei di sette decimi al di sopra del peso normale.

Ai fini della Medicina dell'Assicurazione-Vita, io credo che basti distinguere due gradi di obesità fondandoci sul peso dell'assicurando: un primo grado per coloro che pesano dai 20 ai 29 chilogrammi in più del normale, ed un secondo per gli assicurandi che hanno un peso superiore al normale di chilogrammi 30 ed oltre.

È superfluo ripetere qui quanto ho detto sopra della necessità di valersi del concorso delle altre misure per la diagnosi della obesità.

L'osservazione clinica poi ci fa notare come vi sono degli obesi che, con viso acceso, guance sostenute, collo grosso, spingono innanzi la loro pancia con vivacità, dimostrando elasticità nei movimenti, e vi sono altri invece pallidi, con guance flosce che con apatia trasportano un addome pendulo che pare impedisca loro il cammino.

Possiamo dire i primi affetti da obesità tonica, i secondi da obesità flaccida.

Vi sono delle persone che, ad onta di un'abbondante alimentazione, non ingrassano mai, mentre altri ingrassano con immensa facilità contrariamente al loro volere. Si ammette perciò una disposizione ereditaria all'obesità, che secondo

alcuni si avrebbe in circa la metà dei casi e che può essere diretta e collaterale o similare. Gli autori francesi danno importanza nella eredità al gruppo di quelle malattie dovute a modificato ricambio materiale e che va sotto il nome di artritismo.

Bouchard in 94 casi ha trovato nell'eredità l'obesità 43 volte, 45.85 %;

| | | |
|---|---|---|
| il reumatismo . . . . . | 33 volte | 35.10 % |
| la gotta . . . . . . . . | 28 » | 29.78 % |
| l'asma . . . . . . . . . | 24 » | 25.53 % |
| il diabete . . . . . . . | 14 » | 14.89 % |
| le affezioni cardiache . . | 12 » | 12.76 % |
| la calcolosi vescicale . . | 5 » | 5.31 % |
| la litiasi biliare . . . . . | 4 » | 4.25 % |

Nôrden nota che in molti casi si tratta della eredità di speciali abitudini di vita di cui è conseguenza l'obesità.

Alcuni affermano che la razza israelitica sia più predisposta all'obesità.

Molta importanza si dà all'iperalimentazione come causa dell'obesità, ciò che spiega anche la etimologia della parola (dal latino *ob* e *edere* = mangiare). Ed anche quando gli obesi protestano affermando di mangiare poco, i sostenitori di questa teoria incolpano i pazienti di avere mangiato molto prima che si stabilisse la obesità e di continuare ad ingerire un'alimentazione che è superiore ai bisogni dell'organismo obeso, pur sembrando scarso per un organismo normale.

Certo le sostanze idrocarbonate possono favorire la obesità, ma anche le sostanze proteiche introdotte in quantità superiore ai bisogni organici permettono che siano messe in serbo le sostanze grasse ed idrocarbonate. Allo stesso modo agisce la introduzione di piccole quantità di alcool e di sostanze alcooliche (vino e specialmente la birra la quale contiene oltre all'alcool anche idrati di carbonio).

Nella Germania meridionale dove si fa uso di molta birra, si nota un maggior numero di obesi.

I forti bevitori di alcool difficilmente diventano obesi, perchè l'alcool alterando la mucosa dell'apparecchio digerente non permette l'assimilazione delle sostanze nutritive ed anche perchè i tristi effetti dell'alcool non tardano a farsi sentire su tutto l'organismo.

Anche la eccessiva introduzione di acqua favorirebbe l'obesità. Iskovesco afferma che per *idrosintasia* (imbibizione di acqua dei tessuti) gli obesi trattengono nel loro organismo una maggiore quantità di acqua che non i magri; Maurel afferma che la privazione di acqua fa diminuire la quantità di alimenti ingeriti, ed altri pensano che un cibo abbondantemente inaffiato viene più facilmente digerito ed assimilato.

L'età in cui si inizia l'obesità negli adulti è per gli uomini dai 25 ai 30 anni e per le donne dai 20 ai 25, come risulta dalle statistiche del Bouchard, del Mathieu, ecc.

Esaminando le schede di coloro i quali, avendo chiesto nel 1913 e 1914 un contratto di assicurazione all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ne furono rifiutati per ragioni mediche, ho trovato n. 308 obesi. Di questi solo 111 furono rifiutati per obesità; i rimanenti lo furono per altre cause. Avendo divisi questi rifiuti per età ho trovato le seguenti cifre:

| Età | Uomini | Donne | Totale | Percentuale |
|---|---|---|---|---|
| Fino ai 20 anni . . | 1 | — | 1 | 0.32 |
| Dai 21 ai 25 anni . . | 2 | — | 2 | 0.64 |
| Dai 26 ai 30 » . . | 8 | 2 | 10 | 3.24 |
| Dai 31 ai 35 » . . | 21 | 1 | 22 | 7.14 |
| Dai 36 ai 40 » . . | 46 | — | 46 | 14.93 |
| Dai 41 ai 45 » . . | 45 | 6 | 51 | 16.55 |
| Dai 46 ai 50 » . . | 61 | 6 | 67 | 21.75 |
| Dai 51 ai 55 » . . | 42 | 5 | 47 | 15.25 |
| Dai 56 ai 60 » . . | 48 | 3 | 51 | 16.55 |
| Oltre i 60 anni . . . | 10 | 1 | 11 | 3.57 |

Per cui mi risulta che il maggior numero degli obesi si è avuto all'età dai 46 ai 50 anni e mentre alla stessa età corrisponde il massimo per gli uomini, per le donne invece si ha dai 41 ai 50 anni.

Le donne sono più predisposte degli uomini all'obesità a causa del genere di vita più sedentaria e della funzione sessuale. Un certo impolpamento si verifica nelle donne nella pubertà, subito dopo il matrimonio, dopo lo slattamento, ed in ispecial modo dopo la menopausa.

Il genere di vita, scarso di movimenti, vita sedentaria, influisce certo favorevolmente allo sviluppo dell'obesità, e gli obesi tendono sempre più alla vita sedentaria perchè qualsiasi piccolo movimento richiede in essi uno sforzo maggiore, tanto da affaticarli ed affannarli con facilità, sicchè essi preferiscono muoversi il meno possibile, ciò che contribuisce a farli divenire sempre più obesi.

Certe professioni agevolano lo stabilirsi della obesità, e così sono facilmente obesi i pizzicagnoli, i pasticcieri, i macellai, i birrai.

Tra gli obesi rifiutati nel 1913 e 1914 dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il 33.37 % erano commercianti, il 17.53 % erano impiegati, il 10.7 % professionisti; gli industriali e i possidenti partecipano nella stessa misura 9,09 per cento; il minimo è dato dai marinai, ferrovieri e tramvieri, agricoltori e domestici. Questi risultati potrebbero essere viziati dal fatto che non tutte le classi sociali adiscono nella stessa misura all'assicurazione.

Alcune sostanze tossiche introdotte a piccole dosi possono provocare l'obesità, così la stricnina, il fosforo, il piombo ed in ispecial modo l'arsenico.

Oltre la obesità che si verifica nella convalescenza di alcune malattie infettive acute, come per esempio il tifo e quella che è stata notata qualche volta in un periodo intermedio di una tubercolosi polmonare o di una paralisi progressiva, non bisogna dimenticare l'obesità di origine endogena dovuta a soppressione o modificata secrezione delle glandole a secrezione interna. È nota la obesità degli eunuchi e delle donne ovarectomizzate, ma si può avere anche obesità di origine tiroidea, ipofisaria, pancreatica.

Difficilmente si guarisce dall'obesità conclamata, solo con adatto regime dietetico e con un genere di vita opportuno si potrà mantenerla stazionaria.

La prognosi dell'obesità *quo ad vitam* è subordinata anche alle alterazioni che facilmente si riscontrano negli obesi. Nei quali si rilevano con notevole facilità le malattie del ricambio materiale (la glicosuria, la gotta, l'ossaluria, ecc.), la litiasi, l'arteriosclerosi diffusa e specialmente localizzata alle arterie coronarie del cuore, ai reni, nel quale ultimo caso si riscontra albuminuria ed all'esame microscopico delle urine spesso si nota la presenza di piccoli cilindri jalini.

L'accumulo di grasso negli organi addominali impedisce al diaframma notevole estensione dei movimenti, onde respiro frequente, piccolo, facile dispnea per piccoli sforzi, stasi polmonare, catarro bronchiale cronico, ecc.

L'aumento della superficie vasale dovuto ai capillari del tessuto adiposo, lo sforzo maggiore dei movimenti, dovuto all'aumentato peso, la difficoltà della respirazione, l'accumulo di grasso nel pericardio, l'arteriosclerosi sono causa della tachicardia, della aritmia, della insufficienza funzionale del cuore, della miocardite degli obesi.

Dei 308 obesi rifiutati nel 1913 e 1914 dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni il 36,38 % era stato rifiutato per obesità, il 21,75 % per glicosuria, il 10,38 % per nefrite, il 7,18 % per albuminuria, il 5,84 % per cardiopatia, il 5,19 % per arteriosclerosi. Il rimanente era stato rifiutato per altrec ause (sifilide, alcoolismo, catarro bronchiale, ecc.).

Esaminando inoltre le schede di coloro che erano stati rifiutati per obesità, ho trovato che il 65 % dei casi non presentavano altre alterazioni in atto, ma che il 15 % dei casi era affetto da arteriosclerosi ed il 20 % da albuminuria.

Galeno aveva notato che gli obesi hanno vita breve e F. Bacone (secolo XVII) nella « Istoria della vita e della morte » affermava che la grassezza in età giovanile indica vita breve.

Il dott. Moses, esaminando il materiale della « Vittoria », ha raccolto e seguito 407 assicurati, i quali, all'ingresso in assicurazione pesavano non meno di chilogrammi 10 oltre il normale secondo la formula del Broca e che avevano una circonferenza addominale superiore ai 6 decimi dell'altezza. La vita media di costoro fu di 47 anni e 10 mesi, mentre quella degli altri assicurati nello stesso periodo di tempo fu di 50 anni ed un mese.

Il dott. Brandreth Symonds divise gli obesi in obesi moderati aventi un soprapeso del 20 % superiore al normale ed obesi eccessivi con soprapeso del 30 % oltre il normale e trovò, come risulta dalla seguente tabella che riporto dallo Schroeder (Insurance Medecine) che la mortalità raggiunse il massimo all'età dai 43 ai 56 anni e che in ogni età la mortalità è stata sempre più alta aumentando il grado di obesità.

| Età | Obesi moderati | Obesi eccessivi |
|---|---|---|
| 15 a 28 . . . . . | 80 % | 88 % |
| 29 a 42 . . . . . | 103 % | 124 % |
| **43 a 56** . . . . . | **133** % | **162** % |
| 57 a 70 . . . . . | 125 % | 156 % |

Anche il prof. A. Beneduce nelle *Prime linee di demografia degli assicurati* con il materiale delle Compagnie Americane raccolto da una Commissione medico-attuariale, dimostra che gli obesi hanno una più alta mortalità rispetto agli assicurati con misure somatiche normali ed inoltre che la mortalità degli obesi è ancora più alta se uno od entrambi i genitori sono morti in età al disotto dei 70 anni. Così mentre gli assicurati con soprapeso figli di genitori longevi presentano una mortalità del 118 %, gli obesi figli di genitori non longevi presentano una mortalità del 147 %: la mortalità aumenta progressivamente nell'uno e nell'altro caso con l'aumentare dell'età all'ingresso in assicurazione.

Mi piace riportare qui la interessante tabella del prof. Beneduce (op. cit. pag. 29, tabella VII):

*Numero dei sinistri in ciascun gruppo scelto di assicurati per cento sinistri previsti sulla base della tavola di mortalità tipo.*

| Età all'ingresso in assicurazione | Rischi con pesi anormali (extrapesi) | | |
|---|---|---|---|
| | con genitori morti in età pari o superiore ai 70 anni | con uno od entrambi i genitori morti al disotto dei 70 anni | con circonferenza dell'addome più ampia della circonferenza toracica |
| 15–28 . . . . . | 73 | 104 | 115 |
| 29–42 . . . . . | 113 | 130 | 136 |
| 43–56 . . . . . | 144 | 172 | 167 |
| 57–70 . . . . . | 132 | 172 | 164 |
| In complesso | 118 | 147 | 152 |

Le cause di morte più frequenti per gli obesi sono la emorragia cerebrale, l'angina pectoris, i vizi di cuore, la morte improvvisa per paralisi cardiaca, il coma diabetico, l'uremia, ecc. È nota la minor resistenza degli obesi ai traumi in genere, alle operazioni chirurgiche ed in special modo alle malattie infettive.

Il 28 % dei morti per diabete fra gli assicurati della « Connecticut Mutual Life Incurance Company » erano obesi.

Dalle ricerche del dott. Moses con materiale della « Vittoria » risulta:

| | in tutti gli assicurati | | nei corpulenti |
|---|---|---|---|
| | 1901–03 | 1903-05 | |
| Malattie acute degli organi respiratori | 11.0 | 12.0 | 11.1 |
| Malattie croniche degli organi respiratori (tubercolosi compresa) | 17.0 | 14.0 | 5.4 |
| Malattie del cuore . . . . | 13.0 | 14.0 | 18.9 |
| Id. dei reni . . . . | 9.0 | 9.0 | 13.8 |
| Apoplessia . . . . . . . | 8.0 | 6.0 | 11.3 |
| Malattie chirurgiche . . | — | 1.0 | 3.9 |

Dopo quanto si è detto mi pare superfluo spendere delle parole per dimostrare quanto siano importanti le misure somatiche degli assicurandi, e come il medico fiduciario debba prenderle sempre con grande esattezza. Mi pare utile avvertire che il nastro metrico, quando non è metallico, deve essere sempre tenuto con eguale tensione, onde evitare possibili errori, e di richiamare l'attenzione sull'espediente cui possono ricorrere alcuni assicurandi, di compiere cioè un atto di inspirazione mentre il medico misura la circonferenza addominale, tirando così indietro l'addome per fare in modo che risulti una circonferenza addominale meno ampia del reale. Speciale attenzione deve porre il medico nell'esaminare l'assicurando obeso all'apparecchio cardiovascolare, al respiratorio ed all'uro-poietico. All'esame del cuore cercherà di determinare con pazienza ed esattezza i limiti dell'ottusità cardiaca e, dopo aver rilevato il reperto ascoltatorio, fermerà la sua attenzione sui caratteri del polso e specialmente sulla frequenza, sul ritmo e sulla tensione e possibilmente misurerà col Riva Rocci la pressione arteriosa.

Dopo aver fatto l'esame dell'apparecchio respiratorio il fiduciario conterà con esattezza il numero dei respiri al minuto. Speciale attenzione merita l'esame delle urine nelle quali bisognerebbe determinare oltre che la reazione e il peso specifico, anche la quantità di urea; e dopo aver ricercato con l'esame chimico se vi è presenza di albumina, di glucosio e di acetone, bisognerebbe procedere in ogni caso all'esame microscopico, ricordando come spesso in urine con assenza di albumina o con traccie appena percettibili di albumina si riscontra all'esame microscpico la presenza di piccoli cilindri jalini.

Il dott. Weill-Mantou (medico della Compagnia « La Fenice », Parigi) nel « Manuale del Medico di Assicurazione sulla Vita » esprime così il suo parere sull'obesità:

Possono essere rifiutati perchè obesi:

1° Tutti gli obesi giovani la cui polisarcia cresce rapidamente e regolarmente;

2° Tutti gli obesi la cui polisarcia conduce a dei disturbi meccanici apprezzabili (affanno, dispnea) e nei quali si constati o si supponga la abbondanza di grasso del cuore;

3° Tutti gli obesi di cui il polso sarà rapido o aritmico (tener conto nell'apprezzamento di questo sintomo della emotività del candidato durante l'esame) o nei quali si constati la tendenza all'arteriosclerosi;

4° Gli obesi accentuati, giovani e fortemente affetti di artritismo.

Io penso che il giudizio sul valore del rischio di un obeso si può formulare *caso per caso.* I rischi degli assicurandi obesi si potranno a volte accettare con soprapremio ovvero accettare in una forma di assicurazione più favorevole all'Istituto, in alcuni casi si dovrà rifiutare il rischio.

Ad ogni modo, nel giudicare del valore del rischio di un assicurando obeso si dovrà sempre tener conto dell'età dell'assicurando; del sesso; dell'epoca in cui si è iniziata l'obesità; del grado di obesità; della longevità nel gentilizio, e della presenza o assenza nel gentilizio stesso di malattie del ricambio materiale, del cuore, dei vasi, dei reni; delle malattie pregresse dell'assicurando ed in special modo della condizione degli organi dell'assicurando al momento dell'assicurazione. In tutti quei casi nei quali si riscontrasse la presenza di una glicosuria, di una nefrite, di aritmia, di arterioscleri o di una lesione cardiaca, il rischio si deve senz'altro rifiutare.

Dott. I. ROMANELLI.

Pubblicheremo prossimamente:

MAJOLI U., *La cura del morbillo col siero di morbillosi convalescenti.*

# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### Necessità d'operare sistematicamente le ferite addominali d'arma da fuoco.

(R. LERICHE - *La Presse Médicale*, n. 28, 1915).

Dopo sei mesi di servizio in un'ambulanza avanzata, l'A. si è convinto che si debba quasi in tutti i casi intervenire nelle ferite dell'addome. L'astensione, finora ammessa come regola, non dovrebbe essere più un dogma.

Invece in prossimità di ogni ambulanza di smistamento dei feriti, si dovrebbe installare una ambulanza chirurgica specializzata, che permetta di poter laparatomizzare d'urgenza la maggior parte, se non tutti i feriti all'addome che possono sopportare l'operazione.

È un'affermazione contraria agli insegnamenti classici. Incaricato della cernita di migliaia di feriti, l'A. ha potuto operare soltanto eccezionalmente in casi di queste ferite; ma l'osservazione dei risultati dell'astensione l'ha confermato nel suo convincimento.

Certamente nelle formazioni sanitarie adibite allo smistamento dei feriti, la necessità di medicare un numero considerevole di lesioni, di immobilizzare i fratturati sempre numerosi, e di assicurare il trasporto nelle unità meno avanzate di un gran numero di feriti, toglie la possibilità di eseguire con arte parecchie laparatomie. Ma ogni ambulanza di smistamento dovrebbe essere completata da un'ambulanza chirurgica immobilizzata e, se i locali mancano, da una ambulanza automobile, dove costituire un centro operatorio per la chirurgia preventiva delle infezioni.

Il personale chirurgico non può mancare, perchè molte ambulanze sono costantemente inoperose nella zona di guerra. Si potrebbe anche organizzare un servizio di turno fra i varî chirurgi, in modo che tutti siano alternativamente occupati.

L'esperienza delle guerre precedenti vale soltanto in parte per la guerra attuale. Non si potrà dire che l'astensione nelle ferite addominali dia più oggi il 65 % di guarigioni, come fu osservato in Manciuria. Recentemente Sencert ha avuto il 77 % di mortalità su 58 casi, Weiss e Gross il 70 % su 57 casi, Dupond e Kendirdjy il 100 % su 40 casi. L'A. su 117 casi che ha potuto seguire, ha avuto una mortalità dell'80 % malgrado l'astensione: soltanto 12 feriti guarirono col riposo e la morfina.

L'A. personalmente ha potuto operare soltanto due casi di ferite addominali. Nel primo si trattava di una ferita del fegato da scheggia d'obice con colerragia intensa: con un tamponamento si ebbe la guarigione. Il secondo, ferito da fucile, presentava ematemesi abbondanti: due ore dopo la ferita, alla laparatomia fu riscontrata perforazione doppia dello stomaco: fu fatta la sutura a due piani, e si ebbe la guarigione di prima intenzione.

Le ferite multiple dell'intestino sono al disopra di ogni risorsa chirurgica. Certamente le lesioni intestinali da scoppio sono frequenti; ma l'effetto esplosivo non è costante.

Talvolta il proiettile arriva obliquamente e produce soltanto una o due perforazioni dell'intestino tenue, somiglianti alle ferite della pratica civile, e che possono essere suturate prima che si stabilisca un'infezione mortale.

Talaltra il proiettile traversa l'addome ledendo soltanto i mesos: i feriti muoiono d'emorragia intraperitoneale, mentre la laparatomia eseguita a tempo li salverebbe quasi sicuramente.

Le ferite del colon ascendente e discendente e del cieco guariscono soventi spontaneamente per fistulizzazione. Le ferite della regione soprapubica di solito guariscono spontaneamente.

Per le ferite del colon che possono guarire con la formazione di un ano preternaturale, che poi necessita quasi sempre di un'operazione in secondo tempo, un'enterorrafia immediata non sarebbe forse un trattamento migliore?

Le ferite del fegato e della milza senza dubbio hanno maggiore probabilità di guarire mediante la laparatomia anzi che con l'astensione.

Le ferite addominali, qualunque sia il loro trattamento, daranno sempre una mortalità alta; ma certo non si tratta di operare per la soddizione d'una bella statistica. Non lasciandosi scoraggiare dagli insuccessi, il chirurgo potrà contare guarigioni inattese.

P. SABELLA.

## MEDICINA.

### L'esame diretto del contenuto duodenale nella diagnosi delle affezioni vescicolari e pancreatiche.

(M. EINHORN. *Arch. des mal. de l'App. digest.*, n. 9, 1915).

L'esame clinico del malato, decisivo per la diagnosi nelle affezioni della cistifellea, che presentano tipica sintomatologia, fallisce spesso quando una forma frustra rimpiazza i classici sintomi; nelle affezioni del pancreas il più delle volte la visione clinica del malato non dà resultati utili e si è costretti a studiare la funzione del pancreas per via indiretta, sia ricercando il fermento triptico nelle feci, sia esami-

nando il contenuto biliare che rifluisce nello stomaco dopo l'ingestione di olio d'ulivo (metodo di Boldyreff). In nessun caso il succo pancreatico può essere ottenuto puro e lo studio ne diviene incompleto.

L'A. ha cercato di riparare a tali inconvenienti sforzandosi di ottenere il contenuto duodenale in maniera diretta, e studiandone l'aspetto, i caratteri microscopici, il potere fermentativo (amilase-lipase-tripsina).

I resultati più salienti sono stati:

in 2 casi d'ittero catarrale nel contenuto duodenale v'era presenza di muco, la bile era scarsa, chiara e mista a muco;

di 15 casi di colecistite con calcolosi, la bile era torbida in 13 casi, negli altri due era chiara;

in un caso con echinococco del fegato, bile verde-scura torbida, mescolata a piccole quantità di sangue;

di 6 casi con lesioni pancreatiche, in 4 la secrezione pancreatica era sprovvista di uno o di due fermenti, in 2 (tumori) la secrezione conteneva tutti e tre gli enzimi.

L'A. ne deduce che l'apparenza macroscopica della bile è importante per la diagnosi: se essa è di colorito giallo oro e chiara, è indizio che la vescichetta biliare è normale; se la bile è giallo verdastra o un po' torbida, la vescicola è malata e spesso v'ha presenza di calcoli.

La bile giallo-oro, che contenga muco, è spesso presente nell'ittero catarrale; tuttavia bile chiara, di colorito giallo-oro, può esistere malgrado della presenza dei calcoli.

Per il pancreas: la presenza di tre fermenti in sufficiente quantità indica un'attività normale.

Se uno dei tre fermenti manca, d'ordinario esiste una pancreatite cronica. Un tumore del pancreas può pertanto esistere a malgrado che i tre fermenti siano presenti nel succo pancreatico.

Il contenuto duodenale che non presenti nè bile nè traccia di secrezione pancreatica, indica un ostacolo meccanico al di sopra della papilla di Vater.

Il mezzo migliore per ottenere il contenuto duodenale è quello dell'*aspirazione con siringa attraverso la sonda duodenale.* O l'ammalato è tenuto a digiuno, oppure due ore prima dell'esame gli si fa prendere un pasto di prova (the zuccherato, o leggero brodo), avendo però qualche tempo prima introdotto la sonda.

Per l'estrazione bisogna aspirare con precauzione, lentamente, per circa cinque minuti, con frequenti interruzioni.

Se nulla si aspira, si può praticare un'iniezione sottocutanea di secretina ed aspirare tre, cinque minuti più tardi; oppure si può lavare il duodeno con acqua a temperatura 37°-38°.

L'acqua si mette nella siringa priva di pistone: in genere essa cola a goccia a goccia nel duodeno, senza che vi sia bisogno di spingerla col pistone; prima che la siringa sia vuotata si abbassa così da costituire un sifone: essa così contiene quanto è necessario per l'esame delle secrezioni biliari e pancreatiche.

La bile può mancare nella prima aspirazione, e comparire subito dopo in una seconda aspirazione; solo quando ripetutamente si riceva un liquido che non contenga affatto bile, si può concludere per una occlusione totale del coledoco.

Se non si aspira nè bile nè succo pancreatico, prima di concludere per un'occlusione totale e contemporanea del virsungiano e del coledoco è necessario assicurarsi con la radioscopia, se veramente la sonda è nel duodeno.

In un caso di neoplasma probabile del pancreas senza ittero, con metastasi epatiche, non si riuscì con aspirazioni sistematiche a ricavare bile; al mattino seguente si potè ricavare il secchietto duodenale, lasciato in posto per tutta la notte, ripieno di bile; probabilmente il tumore, quando il malato era in piedi o seduto, impediva il deflusso biliare, che non trovava più ostacolo a paziente coricato.

PONTANO.

## TERAPIA.

### Elioterapia.

(H. MAYET. *Journal des praticiens*).

Tutti ne parlano: dalle accademie scientifiche, fra le quali il Congresso di talassoterapia tenuto a Cannes nell'aprile scorso di cui già si è parlato in questo periodico e dalle riviste di medicina fino ai giornali politici, sicchè la questione è già conosciuta dallo stesso cliente. Essa è invero entrata nella farmacopea corrente tanto più che è accessibile a tutte le borse. È per questo che l'A. si propone nel suo articolo di tornare ancora una volta sull'argomento per esporlo brevemente, ma completamente, nei suoi dati più recenti e determinarne il valore, le indicazioni, la tecnica.

Un punto fondamentale va posto anzitutto: l'elioterapia può esser praticata e ben praticata dovunque splende il sole in modo abituale per alcune ore del giorno: secondo le parole di Poncet « l'elioterapia può applicarsi in tutti i paesi, le radiazioni solari sono dovunque abbastanza attive da permettere delle utili cure ». Non è dun-

que il caso di vantare delle virtù speciali del sole di montagna o del sole marino: senza dubbio si potrà associare alla cura elioterapica la climatoterapia e la talassoterapia si farà in certo qual modo una associazione medicamentosa: ma nessun fatto scientifico ha finora dimostrato che il sole in questa o in quella regione abbia delle virtù speciali.

Ciò che occorre affermare si è che, per essere veramente attivo, questo metodo di cura, ha bisogno di esser prolungato, sia per quel che riguarda la durata dell'insolazione quotidiana (da 2-3 fino a 5-6 ore), sia rispetto al periodo di cura.

È bene dire subito, una volta per tutte, che l'elioterapia è metodo realmente efficace: affermazione questa non basata sopra un'impressione entusiastica del momento, ma confortata dalla pratica ormai di parecchi anni (Poncet la usa già da venti anni). Il medico non può più disinteressarsene, il malato ha il diritto di goderne il benefizio: bisogna che essa entri nella pratica corrente.

Quali le malattie che dall'elioterapia traggono giovamento? Domanda imbarazzante, perchè in essa si è voluta ritrovare una specie di panacea universale. Cominciamo dai fatti solidamente accertati.

L'elioterapia è potente mezzo ausiliare nel trattamento di quasi tutte le *tubercolosi esterne*. Tutte le forme di tubercolosi osteoarticolare ne ritraggono un grande benefizio: su questo punto tutti ormai son d'accordo. E ancora si è notato che essa è particolarmente efficace nelle lesioni suppurate: facilita rapidamente il riassorbimento degli ascessi e sopratutto cicatrizza in un modo sorprendente le fistole tenaci e ribelli, contro le quali anche la cura marina si era dimostrata spesso impotente. Ma la cura solare, sufficientemente prolungata, agisce anche su lesioni profonde quali la coxite e il morbo di Pott. Sole forse sfuggono ai suoi benefizi le tubercolosi articolari granulari e le cosidette carie secche. In tutti gli altri casi essa è in grado di permettere in molte forme anche già avanzate la *restitutio ad integrum* funzionale.

Ma risultati simili non si ottengono che con molta pazienza e sopratutto occorre che dal trattamento elioterapico non si disgiungano quegli altri mezzi di cura che hanno già fatto buona prova, specialmente l'immobilizzazione più completa possibile. Così intesa, l'elioterapia sembra sia in grado di abbreviare di un terzo o anche della metà la lunga cura dell'osteoartrite tubercolare.

Si aggiunga che essa è ottimo mezzo per evitare le recidive delle quali chiunque si sia interessato dell'argomento sa la frequenza, anche dopo parecchi mesi od anni di guarigione apparente. L'elioterapia è un mezzo di cura che dovrebbe esser ripetuto da chi è stato affetto di tubercolosi ossea ogni anno, col sopravvenire della buona stagione: essa in tal modo assicurerebbe una guarigione permanente.

Secondo Poncet e Leriche anche le *tubercolosi ganglionari* ritraggono grandissimi benefizi dall'elioterapia e tutti gli autori si accordano su questo punto. Ne risulta che, prima di far emigrare il paziente verso una stazione marina o balneare, si dovrà provare la cura solare, senza peraltro trascurare i medicamenti interni sempre così preziosi in tali affezioni.

Lo stesso dicasi delle *tubercolosi cutanee* e *gomme tubercolari*, lesioni che anzi furono le prime sulle quali Finsen saggiò l'elioterapia. E l'A. ricorda appena *en passant* l'effetto utile dei raggi solari nelle *tubercolosi delle diafisi ossee*, in quella dei *muscoli*, nella *sinovite*, nella *tubercolosi genito-urinaria*. Ma si affretta a mettere in guardia da entusiasmi eccessivi e ricorda che, fino a che non sia espletato questo periodo sperimentale, ogni tubercolosi locale non articolare dovrà essere asportata, affidando poi all'elioterapia il compito di affrettare la convalescenza, specialmente facilitando la cicatrizzazione delle fistole consecutive.

E, per finire sulle lesioni bacillari non polmonari, va citata la *peritonite tubercolare* sulla quale, sebbene da applicarsi con discernimento e in certi casi dopo la laparatomia, sembra che l'elioterapia porti indiscutibili vantaggi.

Ma non è solo riservato alle tubercolosi il benefizio dell'elioterapia: esso sembra indiscutibile nella *cicatrizzazione* delle ferite specialmente atone, delle scottature estese e anche delle ulceri varicose: azione eccitante dunque che potrà essere messa a profitto in certi casi di fratture non consolidate di innesti ossei ecc. Del resto alcuni partigiani entusiasti ne hanno fatto un processo curativo e modificatore dello stato generale: e, sebbene manchino su questo punto delle nozioni precise, alcuni fatti lasciano pensare che anche qui esista una indicazione scientifica vera e propria.

E passiamo ora alla categoria numerosissima dei fatti contestabili o non sufficientemente studiati, tanto che alcuni autori non solo non ne ammettono un effetto benefico, ma lo ritengono persino pericoloso. Ciò deve dirsi per quel che riguarda l'influenza della terapia solare sulle affezioni ginecologiche (quanti agenti fisici non sono stati vantati per tali lesioni!) sui reumatsmi sulle lesioni sifilitiche, sulle artriti croniche secche ecc. Resta la grossa questione dell'influenza dell'elioterapia sulla *tubercolosi polmonare*: ma l'A. si rifiuta di aggredirla e ri-

manda al libro sulla *Pratica dell'elioterapia* pubblicato da A. Aimes. Egli si limita a ricordare tuttavia che, sa pure che in certi casi essa dia risultati incoraggianti «abbreviando» il cammino e diminuendo le imboscate» secondo la frase di Hensler, non procura delle guarigioni ugualmente rapide ugualmente suggestive come quelle che si ottengono nella tubercolosi esterna. Sembra anche che essa non sia senza pericoli e che occorra usarla con discernimento. E questo è quanto può dirsi allo stato attuale delle nostre cognizioni.

Sulla *tecnica dell'elioterapia* che è esposta un po' da per tutto l'A. è assai breve limitandosi a ricordarne i principî fondamentali, combinarla a quei trattamenti che hanno già dato ottimi risultati (in particolare associare nei tumori bianchi l'immobilizzazione e l'elioterapia per mezzo di apparecchi adeguati); cominciare assai lentamente in modo da evitare il *colpo di sole*: sedute di 5 minuti seguite da interruzioni della stessa durata senza sorpassare, all'inizio, i 15-20 minuti di insolazione avendo anche cura di stendere sulla pelle un velo di garza. Tali precauzioni saranno anche maggiori sui soggetti biondi, poco pigmentati. Arrivare in tal modo alla speciale pigmentazione della pelle; una volta ottenuta questa, si può senza inconvenienti fare delle sedute di 3-4-6 ore, di una intiera giornata. Ma non si creda che il risultato sia in rapporto indefinito con la durata dell'esposizione al sole: spesso 3-4 ore al giorno, divise in parecchie sedute, sono sufficienti.

Quando la pigmentazione è stata raggiunta essa persiste a lungo il che permette d'interrompere la cura in caso di cattivo tempo per parecchi giorni e riprenderla, quando ritorni il sole, saltando le prime tappe.

Una delle più grandi difficoltà della cura solare, praticata fuori di instituti speciali, consiste nell'insufficienza di cure o di perseveranza nelle persone che la dirigono. Essa ha i vantaggi e gli inconvenienti di tutte le cose gratuite: non costando nulla se ne usa ed abusa senza metodo e spesso senza fiducia: vi si porrebbe molta più attenzione se si vendesse dal farmacista a un prezzo elevato. È necessario quindi che il medico la sorvegli personalmente specie all'inizio, assistendo alle prime sedute percisandone la durata e la frequenza, diminuendo le sue visite solo quando la pigmentazione sarà nettamente ottenuta. Diffidiamo della frase pronunciata con tanta disinvoltura al termine di una consultazione : « mettete il ginocchio al sole »: questa non è elioterapia! Se vogliamo che questo metodo di cura non resti privativa di certi istituti, se vogliamo diffondere i benefizi di una terapeutica realmente sovrana, bisogna che vi prendiamo una parte veramente attiva e scientifica. Il medico pratico dovrà presentare questo metodo (ciò che del resto non è che l'esatta verità) come difficile a essere ben applicato, come speciale in ciascuna delle sue applicazioni, come suscettibile di fare sì del bene, ma anche talvolta di arrecare del male in una parola, dovrà sorvegliarne esso stesso l'applicazione. Il sole è proprietà comune: ma saperlo usare, usare bene, perseverare nell'uso richiede la presenza frequente e sapiente dell'uomo dell'arte.

SEBASTIANI.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## Due casi di febbre mediterranea nel basso Polesine

per il dott. LUIGI TONNINI.

Non c'è, si può dire, regione d'Italia dove non si sia riscontrata la febbre da micrococco di Bruce. Sembrerebbe però rara nelle provincie settentrionali, a meno che questo non dipenda dalla minor attenzione prestata sino ad ora dai medici pratici a questa malattia.

Perciò mi sembra non inutile pubblicare due storie che possono, se non altro, servire di *memento* specialmente in questi paesi del Polesine dove la malaria col suo aspetto multiforme rende difficile la diagnosi differenziale.

I. — S... A..., di anni 30; nata da parto fisiologico, sviluppatasi normalmente; mestruata a 16 anni. Non ebbe fino ad ora alcuna malattia degna di nota. Sposata ad uomo sano ne ebbe due figli sani. Dei parenti il padre è morto a 70 anni di polmonite, la madre è affetta da bronchite cronica con riacutizzazioni di quando in quando. Fratelli e sorelle sani. La malata vive da circa sei anni in Adria ed i suoi viaggi si limitarono a Bologna e dintorni.

Ai primi di giugno del 1913 fu colta improvvisamente da un brivido di freddo che durò poco tempo: si misero subito in evidenza fenomeni morbosi riguardanti il sistema gastroenterico (anoressia, lingua patinosa, diarrea), accompagnati da febbre continua che raggiunse in qualche giorno i 39° centigradi, e cefalea intensa. Si aggiunsero ancora nei giorni seguenti dolori vaganti.

Il processo decorse come una leggera tifoide. L'esame batteriologico delle feci negativo.

Una ventina di giorni dopo la febbre era cessata e la convalescente si recò in collina. Non rimase però molti giorni senza febbre: s'accorse che verso sera la temperatura oscillava fra i 37°.3 e i 37°7: con tutto ciò le sue condizioni generali non ne soffrivano molto: non aveva nemmeno senso di malessere.

Dopo due mesi ritornò in Adria in condizioni di salute mediocri. In ottobre fu colta da un altro accesso febbrile iniziatosi come la prima volta con un brivido di freddo. L'esame obbiet-

tivo non fece riscontrare che qualche rantolo alle basi polmonari e una leggera splenomegalia: si avvertiva appena la milza alla palpazione. Si riscontrarono ancora diarrea, dolori nevralgiformi agli arti, sudori profusi, durante i quali la febbre diminuiva senza però scendere oltre i 37°.5.

Fu curata all'inizio col chinino: ma questo non riusciva che ad abbassare di poco la febbre. Allora ci si decise per un esame morfologico e bacteriologico del sangue. Un pomeriggio, mentre la febbre raggiungeva i 38°, mediante puntura di un polpastrello si ottiene qualche goccia di sangue col quale si semina del brodo comune sterile.

Morfologicamente si trovò ipoglobulia non molto spiccata, oligocromenia, leucopenia (leucociti 6000 circa): assente il parassita malarico. Quanto all'esame batteriologico il brodo a 37° cominciò ad intorbidarsi dopo 48 ore: si seminò con qualche ansata una piastra di agar comune e lentamente si formarono rare colonie del diametro da 1 a 2 mm.: colonie finemente granulose con rialzo centrale; osservate per trasparenza giallo-brune al centro con alone giallognolo. Al microscopio, previa colorazione con fucsina, cocco piccolissimo, in qualche esemplare un diametro maggiore dell'altro (micrococco di Bruce?) Sieroagglutinazione macroscopica negativa.

In ogni modo si pose la diagnosi di febbre maltese. La malata guarì anche del secondo accesso: ne ebbe un terzo qualche mese dopo della durata di una quindicina di giorni. Fu fatto un altro esame batteriologico e questa volta la sieroagglutinazione su un ceppo di cocco di Bruce proveniente dall'Istituto sieroterapico milanese fu positiva.

II. — D... A..., di anni 25, l. d. (Porto Tolle). Nata da parto fisiologico, sviluppo regolare, mestruata a 14 anni. Stette bene fino ai 17 anni. Da allora dice d'aver cominciato a indebolirsi e a diventare pallida. Per questo si sottopose a diverse cure ricostituenti rinnovate ogni anno perchè stava meglio qualche tempo; per ricadere di nuovo nelle condizioni di prima. Le mestruazioni erano poco abbondanti: qualche volta sentiva malessere maggiore e le sembrava che le venisse la febbre: spesso cadeva in deliquio.

Un mese prima dell'ingresso nell'Ospedale di Adria fu assalita da gravissimi dolori alla regione epigastrica, da cefalea, dolori agli arti, brividi e sudori; e fu costretta a letto. Qui non rimase con continuità quantunque le sue condizioni si facessero sempre più precarie. Era curata con chinino senza risultato. Essa racconta ancora che la sua famiglia ha tenuto delle capre fino a tre anni fa, ma che non ne ha mai bevuto il latte; e che, lei eccettuata, in casa tutti sono sempre stati e stanno bene.

All'esame obbiettivo si riscontra di anormale: 1° leggero sfregamento pleurico all'apice sinistro; 2° raddoppiamento del II tono sulla polmonare; 3° esagerazione dei riflessi rotulei; 4° mialgia attiva e passiva tanto alle coscie che alle braccia; 5° febbre ricorrente.

La milza non è palpabile; esame orina: nè albumina, nè zucchero. Esame sangue: globuli rossi 3,200,000; emoglobina 55/100; globuli bianchi 4,300; è aumentata la percentuale dei mononucleati a spese dei polinucleati neutrofili; assenti parassiti malarici.

Esame batteriologico del sangue estratto da una vena della piega del gomito mentre la temperatura ascellare ascende a 38°.5, cultura in brodo, intorbidamento dopo 36 ore. Cultura in piastre agar comune: colonie numerosissime, confluenti; le isolate presentano i caratteri come sopra.

Esame microscopico previa colorazione con fucsina: cocchi piccolissimi.

Sieroagglitinazione su un ceppo della malata e su un altro ceppo di micrococco di Bruce proveniente dall'Istituto sieroterapico milanese: positiva 1/100.

Si sono tentate sulla malata varie cure, anche iniezioni iodiche Durante, senza alcun successo. È presentemente in buone condizioni, ma ha accessi febbrili pressochè quotidiani, che però hanno di solito l'apice a 38° centigradi al massimo.

Con ogni probabilità abbiamo avuto a che fare con due malate di febbre mediterranea.

La sierodiagnosi nel 1° caso è stata la prima volta negativa; ma una sierodiagnosi negativa ha un valore clinico relativo (mentre una sierodiagnosi positiva ha quasi un valore assoluto). Del resto anche allora l'esame clinico e batteriologico parziale non potevano far pensare che a quella diagnosi.

Ci si può domandare ora come le nostre malate si siano infettate. La storia nel secondo caso accenna alle capre (le capre furono incolpate all'inizio degli studi sulla febbre maltese come causa di trasmissione in tutti i casi), ma la malata non aveva avuto a che fare con questi animali da tre anni, e sarebbe troppo artificioso il voler pensare che essa albergasse il micrococco in tutto questo periodo di tempo, e solo ora per gravissima debilitazione dell'organismo ne sia stata dominata. Nel primo caso le capre sono fuori di questione. Da altra parte ora non si riconoscono più come unici agenti di trasmissione.

La questione rimane insoluta. In ogni modo il medico capo dell'Ufficio sanitario di Adria, dott. Raule, nel cui laboratorio sono stati fatti gli esami batteriologici dei due casi, ha intrapreso delle ricerche per riconoscere se le capre di questa regione sono infette da micrococco di Bruce. Egli pubblicherà i risultati di queste ricerche.

**INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA**

**Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi, - Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.**

**Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostri Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.**

*Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:*

**Roma - Via del Tritone, 46 - Roma**

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Società Medica-Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni d'interesse medico.

Prof. G. FINIZIO (direttore Asilo maternità). *Sulla digestione della caseina nello stomaco dei lattanti.* — Ha voluto saggiare il potere peptico del contenuto gastrico di 10 lattanti sani, estratto o a digiuno o dopo un tempo variabile da un pasto di latte di donna o di latte di mucca, e ciò per vedere se lo stomaco dei lattanti sia atto alla digestione delle sostanze proteiche del latte, inquantochè poche ricerche soltanto rivelano la presenza di pepsina attiva. Saggiò il potere peptico verso la caseina, perchè questa è la sostanza che lo stomaco dei lattanti è chiamato a digerire, sia perchè essa richiede minime quantità di acido cloridrico riguardo alla digestione pepsinica.

I risultati delle numerose osservazioni, svolte sul contenuto gastrico estratto a digiuno o dopo 30, 60, 90, 120 minuti dopo i pasti, dimostrano come il grado del potere digerente del lattante di fronte alla caseina sia equivalente a quello dello stomaco degli adulti di fronte all'ovoalbumina.

Dottoressa I. FINI (assistente della R. Clinica pediatrica). *Contributo al trofoedema congenito famigliare.* — Presenta una donna di 32 anni ed un suo bimbo di due mesi, l'una e l'altro affetti dalla nascita da edema duro degli arti inferiori, indolente, bianco, permanente, a limite netto tra esso e la parte sana soprastante. Mostra questi casi sia per i caratteri obbiettivi, sia per la congeneità a quella che si trova descritta come *malattia di Milroy* (1892), la quale meglio dovrebbe dirsi *malattia di Nonne-Milroy,* stante la precedenza di Nonne, che per primo rilevò la famigliarità della malattia stessa. La disserente pertanto illustra tale carattere e i precedenti anamnestici del suo caso, e poi passa alla diagnosi differenziale, escludendo la elefantiasi congenita, il gigantismo parziale ed altre forme speciali meno note. In seguito a tale studio differenziale è condotta a presentare una classificazione degli edemi famigliari cronici.

Infine la disserente passa alla patogenesi di tale malattia, e si sofferma specialmente sopra il concetto del distrofismo locale vascolo-connettivale e sopra la possibilità di un intervento endocrinico in base alle alterazioni testicolari ripetutamente osservate in questi malati e, pel suo caso, al fatto, avutosi per 4 volte nella inferma attuale, della diminuzione notevolissima dell'edema nel decorso di ciascun puerperio.

Il prof. FINIZIO, presente, ricorda un simile caso suo in tre figli di una stessa madre, la quale aveva disturbi tiroidei; e la somministrazione di tiroide alla madre era seguita da una diminuzione dell'edema nei figli.

La dottoressa FINI fa noto che altri malati identici a questi non risentirono vantaggio alcuno dalla cura tiroidea.

Dott. A. BOSELLI (vice-capo dell'Ufficio municipale d'igiene). *Il servizio sanitario scolastico nel Comune di Bologna.* — Presenta una relazione sopra tale servizio dall'anno della sua creazione (1898) fino ad oggi, e richiamando le sue precedenti comunicazioni viene a parlare del *foglio biografico* per ogni fanciullo, seguìto per circa un triennio sopra quasi un numero di duemila. Il materiale raccolto da tali fogli fornì argomento di varî studi e di osservazioni che ebbero poi, coll'aiuto dell'Amministrazione comunale, conseguenze benefiche sulla scuola e sugli scolari. Sono state queste la refezione scolastica, i nuovi edifici scolastici, gli orari e i programmi di scuola, le misure contro le malattie infettive diffusive, contro la tubercolosi, ed infine l'insegnamento della igiene nelle scuole. Sopra i quali argomenti tutti ampiamente il lettore può informarsi di su la memoria completa data alle stampe con una grafica e due tavole illustrative.

Dott. C. CAVINA (assistente volontario dell'Istituto di materia medica della R. Università). *Dell'azione abortiva degli estratti placentari.* — Dette le ragioni di un suo studio critico-sperimentale su tale oggetto, comunica che l'iniezione sottocutanea di estratti di placenta *in toto*, praticata nelle cavie gravide, ha prodotto nel 50 % dei casi l'aborto non accompagnato da fenomeni locali o generali visibili, e negli altri casi ha provocato la morte o il parto con feti vivi e maturi. Sul meccanismo di tali fenomeni, il disserente propende a ritenere che più di un'azione diretta sulle fibre muscolari dell'utero, si tratti di uno stato di intossicazione generale artificialmente prodotto, e ciò mette in relazione colla causa creduta da varî AA. quale determinante il parto naturale, cioè il raggiungimento di un massimo nel passaggio di materiali tossici placentari nel sangue.

Prof. F. DE NAPOLI (assistente e libero docente di dermosifilopatia). *Di un metodo di frenulectomia emostatica a scopo profilattico e curativo.*

Dott. GUIDO M. PICCININI.

## Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 23 maggio 1915.

I. SALVIOLI e L. SABBATANI. *Reazioni biochimiche ed istologiche dell'organismo all'ossido ferrico colloidale.* — Gli AA. espongono i risultati delle loro ricerche intorno agli effetti delle iniezioni di ossido ferrico colloidale.

Questo preparato, qualora si inietti, non molto concentrato, in ragione di 0,06 per chilogrammo di peso dell'animale, non dà luogo a disturbi: esso viene assorbito dalle cellule del Kupffer del fegato allo stato colloidale e solo nell'interno di esse diventa granuloso: viene pure fissato dalle cellule della milza e dal midollo osseo. Dopo poco più di un mese dal trattamento, il ferro scompare dal fegato, un po' più tardi dal midollo osseo e molto più tardi (dopo più di due mesi) dalla milza.

B. D. POLETTINI. *Sul preteso antagonismo tra secrezione interna pancreatica ed azione dell'adrenalina sulla fibra muscolare liscia vasale* (Nota I, presentata dal prof. A. Stefani). — Visto l'antagonismo tra secrezione surrenale e secrezione interna pancreatica rispetto alla glicogenesi, si cerca se esista un antagonismo fra secrezione pancreatica e secrezione surrenale anche riguardo all'azione ateromatogena di questa sui vasi e si dimostra che questo antagonismo, da taluni ammesso non esiste.

G. COLLE. *Sviluppo dell'osso nasale nell'uomo* (presentata dal prof. D. Bertelli). — L'A. trovò che l'osso nasale si sviluppa da un solo centro di ossificazione nel connettivo che riveste la capsula nasale cartilaginea e dimostrò che l'incisura nasale non ha nulla a che fare con stadi di sviluppo embrionali.

A. DIAN.

## Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 20 maggio 1915.

Presidenza G. BOSCHI.

GIANNELLI. *Ancora sul pancreas intrasplenico di* Gobio fluviatilis.

BOSCHI. *L'assistenza femminile nei reparti maschili dei manicomî durante la guerra.* — L'O. considera innanzi tutto l'opportunità di sfruttare le attitudini della donna, migliori di quelle dell'uomo, alla assistenza degli ammalati, oltrechè negli ospedali comuni, oltrechè nei reparti femminili dei manicomî, anche nei reparti maschili di questi. Due ordini di fatti confortano la tesi: 1° la conoscenza della depressione e delle aberrazioni sessuali negli alienati più frequenti assai che non le disposizioni eretistiche fisiologiche; per cui la presenza della donna è meno stimolante di quello che a tutta prima potrebbe essere creduto; 2° le esperienze favorevoli oramai numerosissime. Alcuni alienisti, come l'Hermann, generalizzano addirittura l'esclusiva assistenza femminile a tutto il manicomio.

Così, in tempo di pace. Tanto più legittimo s'imporrà il problema di fronte alla contingenza di guerra, quando possa essere difficile il reclutamento di personale maschile sano e valido e, sopratutto, istruito previamente alla delicata mansione.

L'O. riferisce l'esito di una sua recentissima inchiesta in Francia, da cui gli è risultato che una buona parte di quei direttori ha attuata la organizzazione femminile. Una parte che ne ha fatto senza per l'offerta numerosa di lavoro da parte di profughi belgi, si è mostrata tuttavia assai favorevole. L'assistenza femminile nei repari maschili dei manicomî era già autorizzata precedentemente alla guerra da un decreto presidenziale.

PADOVANI.

***Pubblicazione di palpitante attualità:***

Dott. G. MENDES

**Capitano Medico nel 2° Reggimento Granatieri**
**Già Aiuto negli Ospedali di Roma**

# Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra

**Elegantissimo volume tascabile di circa 300 pagine, con 20 figure intercalate nel testo e 1 tavola a colori (vedere Prefazione e Sommario del libro, sul foglietto rosso unito al Fasc. 8 di Sezione Pratica).**

**PREZZO L. 5.**

**Questo interessante libro che l'egregio nostro collaboratore ha cortesemente aderito di compilare pei lettori del POLICLINICO, e che nell'attuale momento acquista un'importanza tutta speciale, sarà da noi spedito immediatamente quale**

**PREMIO STRAORDINARIO**

**a tutti quei nostri associati che aggiungeranno sole**

**LIRE 2**

**all'importo del loro abbonamento per il 1915 e che lo invieranno subito mediante cartolina vaglia.**

**Gli abbonati che hanno già pagato l' abbonamento potranno avere il *Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra* allo stesso prezzo ridotto, inviando, subito cartolina vaglia da L. 2 al Professor ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46, ROMA.**

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### Due nuovi casi di sokodu in Italia.

Il primo caso di *sokodu* fu descritto in Italia dal Frugoni nella *Riforma medica* del 1911. Nella *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche* del 1914, Zannini ne descrive altri due in due bambine sorelle, appartenenti ad una famiglia di contadini robusti della provincia di Brescia. Mentre dormivano insieme, le due bambine furono morsicate alle braccia da un grosso topo; le ferite, medicate alla meglio dai genitori, guarirono rapidamente. Ma dopo 16 giorni, furono prese da febbre elevata a 39°.5 e 40°.2, preceduta da brividi di freddo intenso. La maggiore, di 8 anni, presentava nella regione postero-interna del braccio destro una zona di infiltrazione flogistica con arrossimento e dolore della cute, tumefazione dei nodi linfatici ascellari, e nel mezzo 3-4 crosticine residue delle morsicature del topo. La più piccola a 5 anni presentava localmente nella regione del gomito sinistro gli stessi sintomi, linfoangioite e linfoadenite, lingua patinosa e secca, polso e respiro frequente, dolore locale e cefalea.

Si fecero impacchi di sublimato ed una cura sintomatica. Il giorno dopo la febbre era cessata, pure persistendo i gravi fenomeni locali. Si continuò nell'antisepsi locale, e fu dato del chinino. Ma due giorni dopo la febbre ritornò: nella prima l'arrossimento si era diffuso sotto forma di eresipela, nella seconda presentava i sintomi di una forma flemmonosa nella regione olecranica.

L'A. dovette assentarsi per un mese, durante il quale la febbre era tornata a periodi di circa 3 giorni, cadendo con forte sudorazione. Nella minore si era formata un'ulcerazione al disopra della regione olecranica e, quando fu rivista dall'A., aveva febbre a 39°.9 insorta al mattino con brivido di freddo molto intenso e tumultuoso. Oltre al deperimento generale, si notava la presenza di macule e papule rotondeggianti, alcune con centro azzurrognolo ,e di strie irregolari, sparse irregolarmente sulla fronte, sulle guancie e sul petto, senza alcun sintomo subiettivo. L'eruzione aveva i caratteri di un eritema polimorfo, che aveva cominciato a manifestarsi alla comparsa della febbre circa venti giorni prima, dileguandosi poi completamente dopo la defervescenza. Nella sorellina maggiore i fenomeni locali persistevano con gli stessi caratteri di prima, un poco migliorati. In ambedue si notava lieve tumore di milza ed albuminuria.

Il complesso dei fatti faceva pensare ad una forma infettiva, originatasi nella lesione prodotta dal morso del topo. L'esame del sangue riuscì negativo. Iniziate le iniezioni di electrargol, gli accesi febbrili si succedetero con gli stessi sintomi ogni 3-4 giorni; poi più irregolarmente ogni 7-9 giorni. Le lesioni locali lentamente migliorarono e guarirono dopo un mese di cura.

La sorellina maggiore però non migliorava nelle condizioni generali: astenia, anoressia, irritabilità, ecc. Dopo 25 giorni ebbe un nuovo accesso febbrile, con lieve reazione locale al braccio. Gli accessi febbrili si seguirono poi con intervalli di cinque giorni. Dopo altre 8 iniezioni di electrargol, non si ebbero più fenomeni morbosi. La convalescenza fu lunga in ambedue le bambine. Il periodo febbrile durò circa 3 mesi.

Per la causa prima del morso di topo, la rapida guarigione delle lesioni, la manifestazione di fenomeni flogistici gravi ed ulcerosi dopo 16 giorni, la febbre intermittente con brivido, gli ingorghi glandolari, il vomito, la cefalea, l'eritema, l'A. differenzia questi due casi dalle comuni forme infettive e le ascrive ad una forma morbosa frequente nel Giappone e nella Cina, conosciuta col nome di *sokodu,* finora ritenuta eccezionale in Europa. L'efflorescenza si differenzia dall'eritema polimorfo per la sua labilità estrema. Si tratta di un eritema sintomatico, che compare ad intervalli, e precede di solito l'accesso febbrile.

Il *Sokodu* o *Rattenbisskrankreit* è prodotto dal morso di topi infetti, ha un periodo di incubazione da 1 a 5 settimane o più, mentre le ferite iniziali guariscono rapidamente. Dopo un breve periodo di sintomi generali incerti, insorge febbre alta preceduta da brivido intenso, che cede poi con sudori profusi, a tipo intermittente quotidiano, o con accessi periodici irregolari, accompagnata da sintomi locali più o meno gravi: tumefazione, arrossimento, edema, necrosi, linfoangite, linfadenite, eritemi: questi fenomeni si accentuano e regrediscono in relazione con gli accessi febbrili.

Nei casi più gravi si hanno dolori muscolari ed articolari, disturbi della motilità e sensibilità, edemi generalizzati, albuminuria, delirio, coma. La malattia può durare parecchi mesi ed anche qualche anno.

Secondo le statistiche di Hata, la mortalità è del 10 %. L'etiologia non è conosciuta. Agato, dal sangue degli ammalati raccolto dal fondo delle ferite, isolò con cultura una forma di sporozoo patogeno, che ascrisse ai neosporidi. Frugoni praticò ricerche batteriologiche ed istologiche, ma senza risultato; riscontrò soltanto eosinofilia. L'esame del sangue fu negativo.

Non si sa se la malattia può essere inoculata da qualsiasi specie di topi o da una specie sola, e quali rapporti causali ha con l'ambiente, la stagione, ecc.

Secondo Hata, nel Giappone la cura è stata sempre sintomatica: preparati salicilici, chinino, stricnina, pilocarpina, ecc., senza risultati sicuri di guarigione duratura. Hata ottenne in otto casi risultati incoraggianti dal salvarsan: gli effetti si ebbero rapidamente. Frugoni tentò l'atoxil con successo piuttosto notevole. L'A. loda l'uso dell'electrargol.

Prevale il concetto che si tratti d'una malattia d'origine parassitaria. P. S.

### Complicazioni poco note della parotite.

Ramond e Goubert (*La Presse méd.*, 25 marzo 1915) hanno avuto occasione di osservare in un'epidemia di 115 casi di parotite, le più varie complicazioni, dall'orchite alle linfoadeniti, alle complicanze dell'apparato digerente: oltre a 5 casi di *orchite*, che insorti sulla fine del primo settenario hanno avuto una durata di circa diciotto giorni, essi hanno potuto, con esame sistematico, scoprire ben 20 volte l'*epididimite*, due volte associata all'orchite, 18 volte *come unica manifestazione* della localizzazione genitale; il più delle volte unilaterale, 13 volte a destra, 7 volte a sinistra. L'epididimite da parotite si manifesta verso il sesto giorno e dura da quindici a venti giorni: talora è svelata da un semplice dolore spontaneo o alla pressione, il più delle volte si accompagna ad una tumefazione notevole molle o renitente, qualche volta dura, parziale o totale dell'epididimo.

La *funiculite* può essere associata all'orchite, ma d'ordinario si presenta come complicanza indipendente: di 40 casi osservati 14 erano unilaterali e 26 bilaterali. Inizio precoce (2ª o 3ª giornata), in qualche caso precede l'infiammazione parotidea; il funicello si presenta ingrossato, dolente; il dolore si irradia a tutta la regione, si accentua con la palpazione e nei colpi di tosse come negli sforzi, che si associano a contrazione dei muscoli addominali. In 2ª o 3ª settimana si esauriscono sintomi e fatti obbiettivi flogistici.

Ventitrè dei malati osservati attirarono l'attenzione sulla *prostata* e sulle *vescichette*: pesantezza vescicale, pollacuria e disuria, difficoltà nella defecazione, una volta ritenzione d'urina per la durata di 13 ore. All'esplorazione rettale cinque volte la prostata era dolente, quattro volte leggermente ingrossata, 14 volte voluminosa e molto dolente, renitente alla palpazione; in un caso si constatò ingrossamento contemporaneo delle vescicole seminali: inizio verso la fine della prima settimana, decorso breve (7-8 giorni).

L'*adenopatia* può essere di vicinanza, o a distanza: la prima più frequente si localizza nel triangolo di Scarpa, e, o provoca dolore con tumefazione ghiandolare appena apprezzabile, o dà notevole ingrossamento dei gangli linfatici, di consistenza elastica, mobili. In 6 casi fu interessata la catena ganglionare iliaca; in tre casi fu osservata adenopatia a distanza: in due di essi micropoliadenopatia generalizzata, nel terzo caso adenopatia tracheo-bronchiale destra.

In 40 dei malati *ipertrofia tonsillare* precoce, che insorgeva con l'affezione parotidea e ne avea decorso parallelo.

In 60 malati insorse *diarrea*, di breve durata, con l'iniziarsi della malattia; talora la diarrea è intensa e si associa a coliche.

Due volte fu riscontrata *appendicite*, con inizio brusco verso il decimo giorno, con dolore vivo nella fossa iliaca destra, con nausea, vomito, costipazione, difesa addominale localizzata; il riposo e la dieta, le applicazioni fredde, ebbero ragione della sindrome addominale. *t. p.*

## TERAPIA.

### L'infiltrazione perineurale nel trattamento della sciatica.

Leszynsky ne riferisce 160 casi (*Medical Record*, 6 febbr. 1915); in una precedente memoria dava notizia di altri 25 casi (ivi, 17 febbr. 1912).

Mai seguirono complicazioni o sintomi spiacevoli: adottando una tecnica idonea ed un'asepsi rigorosa, l'operazione è del tutto innocua. Essa va considerata come un acquisto di grande valore per la cura della sciatica: nei casi subacuti e cronici nessun altro intervento rispose così bene. Alcuni pazienti non reagirono sfavorevolmente; ma costituirono pur sempre delle eccezioni. In più del 75 % dei casi, si supponeva che esistesse una perineurite, ma furono queste le forme che riuscì più facile di vincere.

La tecnica consiste nell'iniettare una forte quantità di liquido direttamente nello sciatico.

Originariamente Lange, di Lipsia — il quale introdusse il metodo nel 1907 — adoperava una soluzione di eucaina; ma l'A. afferma che una semplice soluzione di cloruro sodico si mostra adeguata.

Secondo Lange, i risultati favorevoli debbono ascriversi interamente all'azione meccanica del liquido, il quale rallenta, dissolve o rompe addirittura le aderenze nelle vicinanze del nervo. Ma il sollievo è spesso pronto e durevole anche nei casi acuti e recentissimi, in cui manca la produzione di tessuto connettivo; onde l'A. ritiene che il risultato favorevole sia dovuto piuttosto al blocco prodotto sulla conduttività sensoriale, ovvero ai cambiamenti nella circolazione e nutrizione dei tessuti perineurali, determinati dalla presenza del liquido iniettato.

La tecnica è la seguente.

Durante l'applicazione del metodo il paziente si mette a giacere sull'addome, con le gambe completamente estese. Un guanciale duro e arrotolato è posto sotto la parte inferiore dell'addome, per far rilassare i muscoli gluteali. Onde localizzare il nervo, si traccia una linea dall'articolazione sacro-coccigea all'orlo postero-esterno del gran trocantere: all'unione del terzo interno col terzo medio si trova la spina dell'ischio. Due centimetri e mezzo all'esterno è il punto della iniezione.

Si pennellerà con tintura iodica un'area circolare cutanea di circa 4 cm. di diametro: il punto di puntura starà al centro.

Si usa una siringa di tutto metallo, capace di 60 cmc. L'ago è di acciaio, lungo 12 cm., con calibro interno di 2 mm. a punta arrotondata e tagliente; può pure usarsi un ago svitabile protetto da un lungo stiletto salvapunte, il quale può sfilarsi dopo avere introdotto l'ago; tutto ciò ha lo scopo di fare che scivolino sotto l'ago e non restino lese le guaine nervose e le arterie.

Quando è toccato lo sciatico, a 6-12 cm., il paziente può sentire un forte dolore che si irradia alla regione poplitea o giù al piede, ovvero un forte dolore nel calcagno corrispondente; oppure può aversi un movimento a scosse della gamba, oppure un forte strappo nei muscoli del polpaccio; alcuni pazienti si lagnano solo di un dolore diffuso nella natica. Tolto lo stiletto, s'innesta la siringa riempita con soluzione fisiologica a 35-38° C., che viene rapidamente iniettata. La quantità da usare varia fra 80 e 120 cmc. Si toglie l'ago, si asporta l'iodio con alcool, si applicano collodio e plaster sterile.

Sono essenziali strette regole di asepsi. Non si richiede l'anestesia.

Il paziente rimane poi in letto per 12 a 24 ore. Subito dopo l'iniezione egli avverte per solito un dolore assai molesto, con sensazione di peso e torpore dell'arto, ma di breve durata.

In alcuni casi il dolore nevralgico scompare nella coscia entro 24 ore, ma continua invece nella gamba, lungo il peroneo. Anche questo dolore per solito scompare mercè un'iniezione di 15-30 cmc. nella regione del nervo, allla sommità della tibia.

Il numero delle iniezioni varia nei singoli casi da 1 a 6; è stato in media di 3. L'intervallo varia pure, secondo il grado di sollievo ottenuto: l'A. aspettava da 36 ore ad una settimana.

L'iniezione di solito comincia per essere dolorosa; ma non appena il p. avverte pesantezza e torpore dell'estremità, l'ulteriore introduzione di liquido non riesce più dolorosa. Nella maggioranza dei casi la cura non può dirsi dolorosa.

Conviene tener presente che il metodo tende a produrre infiltrazione del nervo e dei tessuti circostanti. L'ago non deve penetrare entro la guaina del nervo: se forti quantità di liquido venissero forzate nel tronco nervoso, si avrebbero probabilmente conseguenze spiacevoli, come paralisi e neurite traumatica. Ma l'ago è costruito in modo da evitare la puntura dei vasi sanguigni e dei tronchi nervosi.

Non è infrequente, dice l'A., vedere pazienti resi invalidi per parecchi mesi e che non ottengono alcun benefizio dai rimedi usuali, guarire rapidamente sotto questo trattamento.

Dal punto di vista economico il metodo è superiore a molte altre forme di cura appunto perchè il paziente è restituito alla sua attività.

Molti pazienti guarirono dopo una sola iniezione.

In nessun caso si ebbero prove di lesioni articolari o pelviche persistenti dopo la cura: dunque l'assunto di Wm. Bruce, secondo cui il dolore è sempre sintomatico di un'artrite dell'anca o sacro-iliaca ovvero di una malattia pelvica, risulta insussistente.

Struss ritiene (ivi, 6 febb. 1913) che l'iniezione epidurale sia superiore a quella perineuritica, in quanto che evita la possibilità di pungere i nervi. Sarebbe anche più razionale, in quanto che molti casi di sciatica paiono dovuti ad affezione delle radici dello sciatico. Déjerine ha creato il termine di radicoliti per queste forme.

Volendo eseguire queste iniezioni l'ago deve essere robusto, perchè altrimenti può spezzarsi quando viene forzato attraverso il legamento sacro-coccigeo; lungo 8 cm.; con calibro di 1 mm. Viene inserito ad una profondità di

6 cm. in modo da raggiungere la 2ª vertebra sacrale. L'ago passa attraverso il *foramen sacrale superius*, che sta al principio della cresta sacrale ed è limitato lateralmente da due saglienze ossee.

Il paziente sta di preferenza nella posizione genu-pettorale. S.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(523) Desidero conoscere qual volume italiano o francese tratta della traumatologia di guerra. La ringrazio sentitamente e la riverisco.

Dott. Geremia Cometti.

Non esiste un trattato italiano di traumatologia: nel « Trattato italiano di chirurgia » (Vallardi) il primo volume si riferisce tutto alla patologia generale delle lesioni violente, e la patologia speciale viene svolta nelle singole regioni.

Ogni trattato di chirurgia comprende e sviluppa in capitoli variamente ampi la traumatologia.

Nel « Manuale di medicina e di chirurgia di guerra » del Mendes (edito dal *Policlinico*, 1915) abbiamo un compendio del tutto consigliabile, dove trova larga parte anche la traumatologia; più esclusivo è il « Précis de chirurgie de guerre » di E. Delorme, Masson, Paris, 1914.

Lejars, « Chirurgie d' urgence », rappresenta quanto di meglio conosco fra i trattati di chirurgia del pronto soccorso.

R. DALLA VEDOVA.

(524) Prego sapermi dire a mezzo della « Posta degli abbonati » del *Policlinico* se c'è qualche libro in francese od italiano che tratti delle malattie degli orecchi *negli infortunati*. Lasci il Fabri e il Campeggiani che io già conosco. Qualche tempo fa ho visto accennato su un catalogo di libri di medicina francese un libro a riguardo dell'argomento sopra accennato, ma oggi non ricordo il nome dell'autore nè dell'Editore.

Dott. Giovanni Masciaga.
Oleggio (Novara).

Ottima, sotto ogni aspetto, la relazione al XII Congresso della Società Italiana di Laringologia ecc. (Torino, 1908), di G. Ostino, « Perizie medico-legali nelle lesioni auricolari da infortunio sul lavoro ».

Fra i lavori francesi indicati i seguenti: De Stella: « Hystéro-traumatisme de l'oreille », 1907. — Legrain: « Troubles fonctionnels consécutifs aux traumatismes », 1894. — Olive et Le Meignen: « Les accidents du travail » Paris, 1913, 2ª ed.

Da consigliarsi pure gli articoli seguenti:

GRADENIGO: « Perizie medico-legali in casi di traumatismi auricolari » (*Archivio ital. di otologia*, 1913, 212).

CAZENEUVE: « Essai d'évaluation des incapacités permanentes partielles chez les accidentés du travail en oto-rhino-laryngologie » (*Revue hebdom. de Laryngol.*, etc., 1914, n. 5).

*g. b.*

(525) Mi rivolgo alla loro cortesia perchè mi rispondano nella rubrica « Posta degli abbonati » se vi sia un siero contro il colera da usarsi con efficacia e di quali altri mezzi dispone la terapia moderna.

Ringrazio distintamente.

Dott. Guiotto Giovanni.

Non si possiede un siero anticoleroso sicuramente efficace. Rispondono bene i vaccini ma solo a scopo profilattico. Della cura del colera ci siamo più volte occupati; probabilmente vi torneremo sopra ancora nei prossimi numeri.

R. B.

**Le Domande per la « Posta degli abbonati » e i Quesiti pel " Doctor Justitia „ non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto le une quanto gli altri debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

## VARIA.

**Curiosità statistiche.** — A proposito del cosidetto proletariato scientifico, e a titolo di curiosità, riportiamo alcune cifre che si riferiscono alla vita dei colleghi in Francia, osservando che, senza dar valore di scrupolosa attendibilità alle cifre stesse, sarà utile fare qualche confronto con quanto avviene da noi.

La disoccupazione della classe medica in Francia era ultimamente così diffusa che, se la guerra non avesse reclamata l'opera di tutti i medici disponibili, si sarebbe avuto il curioso spettacolo del proletariato medico in agitazione per reclamare il diritto all'esistenza. Specie nelle grandi città la pletora dei medici è allarmante. La città che ha, o meglio aveva, più medici è Lione; seguono in ordine decrescente Nizza, Digione, Marsiglia, Montpellier, ecc. In tutta la

Francia vi erano, prima della guerra, circa 20 mila medici, ed a Parigi soltanto più di 3000. Di questi 3000 esculapi parigini cinque o sei guadagnano da 200 a 300 mila franchi per anno, dieci o quindici da 100 a 150 mila franchi, ottocento medici guadagnano da 10 a 15 mila franchi e milleduecento guadagnano al disotto di 8000 franchi; il resto dei medici parigini non arriva a raggranellare individualmente i 4000 franchi annui.

Su più di quindicimila medici residenti nel resto della Francia, settemila arrivano a guadagnare una cifra superiore a 7000 lire, il resto strappa alla meglio la vita con l'arte sanitaria, o con altri mezzi, la politica compresa.

Nell'attuale Camera francese più di ottanta medici si contano, e non sono pochi.

(Dall'*Avvenire Sanitario*).

**La mortalità degl'insegnanti.** — La signora A. Nella Grassi, insegnante elementare, basandosi sulla *Statistica delle cause di morte*, annualmente pubblicata dalla Direzione generale della statistica nel decennio 1901-10, e ponendo in confronto per alcune malattie più importanti le percentuali offerte dalle diverse categorie di professioni esaminate, è venuta alle seguenti conclusioni:

Gl'insegnanti occupano riguardo alle condizioni di salute e rispetto alla mortalità un grado intermedio fra le professioni intellettuali e quelle manuali. Quasi trascurabile è il tributo che essi pagano alle infezioni proprie della scuola. La mortalità per tubercolosi non è in essi, almeno per i maschi, così elevata come comunemente si crede.

Per il gruppo di cause di morte che sono proprie degli intellettuali, gl'insegnanti occupano costantemente il gradino più basso. In genere per la maggior parte delle cause di morte gli insegnanti occupano una posizione *media*, di poco superiore o inferiore a quella della generalità delle professioni.

È certo che le condizioni delle donne non devono essere favorevoli come quelle degli uomini, ma mancano cifre in proposito; sarebbe opportuno che la questione venisse ulteriormente studiata, estendendola anche alle donne, nell'interesse della classe e della scuola.

(Dall'*Avvenire Sanitario*).

**Sadismo pedagogico.** — Mette conto di riferire un'aberrazione illustrata da N. Krainsky nella *Zeitschrift f. die gesam. Neurologie* e riportata da P. Bini sulla *Rivista di medicina legale* (maggio 1915).

Si tratta di un ispettore scolastico, il sadismo del quale consisteva nel terrorizzare gli allievi. Allorchè questi, durante gli esami, rispondevano male, egli provava sensazioni voluttuose accompagnate da erezione ed emissione di sperma. Una serie di esami sfortunati acuiva queste sue sensazioni. Il malato confessa che esse raggiunsero l'acme della loro intensità nell'apprendere che due sventurati scolari, da lui deliberatamente riprovati in una lunga serie di esami, si erano suicidati.

Chi avrebbe mai sospettato che il rigorismo di certi insegnanti od ispettori scolastici potesse nascondere dei moventi sadistici! Eppure si sarebbe dovuto indovinare, dall'impegno e quasi dalla voluttà che pongono nel danneggiare o nell'avvilire di partito presso alcuni sfortunati scolari.

R. B.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

G. BERNABEO. *Pronto soccorso chirurgico e chirurgia di guerra.* Un volume in 16° di pagine VIII-208. Casa editrice Vittorio Idelson. Napoli. Prezzo L. 5.

Il prof. Bernabeo ha dato alla luce un preziosissimo libro di attualità veramente palpitante, raccogliendo le sue lezioni di quest'anno sopra la chirurgia di guerra che in questo momento offre l'interessamento più vivo. Dimostrando in questo libro la riconosciuta perizia e la sua tecnica impeccabile, egli tratta tutti i capitoli del pronto soccorso chirurgico in guerra, con un criterio di praticità davvero commendevole.

Dopo aver parlato dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario militare in campagna si occupa, scegliendo i mezzi più semplici reperibili sotto una tenda o in un posto qualsiasi di medicazione: dell'ipodermoclisi, dell'edemizzazione, dell'iniezione intravenosa, delle emostasie diverse, della respirazione artificiale, della tracheotomia nonchè della pratica della anestesia in generale e della anestesia rachidea, senza tralasciare l'anestesia con H. M. C. Abbott. Sulle diverse ferite e sopra tutto sulle ferite di arma da fuoco e sui varî proiettili (proiettile dum-dum, cartuccie del fucile Wetterly, cartuccie del fucile 1891, shrapnell, granate, scatole a mitraglia, ecc.), sul meccanismo d'azione dei proiettili stessi, abbiamo rilevato tutto ciò che la chirurgia moderna di guerra, oramai con una pratica di dieci mesi, ha potuto dimostrare. Non parliamo della trattazione delle diverse ferite specifiche sul cranio, sulla faccia, sul collo, sul torace, sull'addome e sugli arti con le diverse fasciature, dalle provvisorie alle definitive: quel-

lo che crediamo veramente trattato con criteri magistrali e moderni è il capitolo sulla cura delle ferite in generale, avuto riguardo alla sepsi, asepsi, antisepsi e disinfezione.

Siamo convinti che il trattato del prof. Bernabeo debba esser letto e consultato soprattutto da quei medici, ufficiali del nostro esercito, che si trovano a prestare la loro opera preziosa sul fronte e nei diversi ospedali del Regno.

E. CIOFFI.

UMBERTO GABBI. *Trattato elementare di Patologia esotica.* Roma, 1915. Libreria L. Bocca.

Il libro, che questo insigne cultore della Patologia esotica ha recentemente pubblicato, è una trattazione accurata, scientificamente rigorosa, delle malattie più gravi, che si incontrano da noi, nelle nostre colonie africane, e nelle terre dove emigrano i nostri lavoratori. La esposizione chiara e lucida, la critica severa, ma sempre obiettiva e serena, le induzioni cliniche, esposte con logica sicurezza, sono tali pregi, non nuovi invero nelle pubblicazioni del Gabbi, che costituiscono uno dei pregi più salienti del suo recente trattato.

Il libro è dedicato a Guido Baccelli, a questo illustre maestro di clinica medica, al quale non isfuggì tutta la importanza dei nuovi studi anche in questo campo delle mediche discipline, quando « accolse con animo lieto, come egli si esprime, il pensiero di integrare la clinica medica di Roma collo studio delle malattie esotiche », rivolgendosi a tal fine all'amico e discepolo prof. Gabbi.

Questo dell'A. è il primo trattato italiano di patologia esotica ed in esso la classificazione delle malattie è fatta secondo il criterio etiologico, ciò che sino ad oggi non fu mai fatto da alcuno.

Nel trattato sono contenute molte chiare fotoincisioni ed alcune tavole colorate, che rendono lo studio più agevole, e facilitano la esatta intelligenza delle idee, che si vanno svolgendo. Ad ogni capitolo segue la bibliografia recente, raccolta con quella diligenza e con quella accuratezza che è propria all'autore. Il libro costituisce, e lo affermiamo con serena coscienza, un compagno fedele, un maestro provetto e sicuro, non soltanto degli studiosi in generale, ma anche, e più specialmente, di coloro, che come i medici di porto e di bordo, vengono frequentemente a contatto di forme morbose, un tempo confuse e sconosciute, oggi lumeggiate, grazie a studi già così copiosi e progrediti, anche nel campo della Patologia esotica. Il Gabbi ha veramente compiuto colla sua nuova pubblicazione opera utilissima e degna di encomio. C. P.



## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ORTALI CESARE. La prostato-vescicolite blenorragica. — Frascati, 1915.

LORIGA G. Protection des ouvriers des ports. — Berne, 1914.

CASAGRANDI O. Sull'origine leucocitaria delle sostanze virulicide dei sieri antivaccinici e antivaiolosi. — Firenze, 1915.

ERCOLE NATALE. Brevi notizie per l'esame dei bovini in piedi ed abbattuti. — Palermo, 1914.

MARIANI CARLO. Sull'uso di un mastice adesivo liquido in chirurgia. — Milano, 1915.

LERDA GUIDO e QUARELLA BRUNO. Sul potere tossico ed anestetico dei più comuni anestetici locali e delle loro miscele. — Milano, 1914.

BOSSI L. M. Neuropsicopatie di origine genitale e altri problemi di iniziativa della ginecologia italiana. — Genova, 1915.

GALLINA G. Sezione chirurgica dell'Ospedale Mauriziano d'Aosta. Rendiconto clinico dal 1° gennaio 1911 al 16 giugno 1914. — Mortara, 1915.

DE SANDRO DOMENICO. Sugli amilo-batteri dell'intestino degli animali. — Portici, 1914.

DESDERI PAOLO. Profilassi contro il tifo ed il tetano. — Torino, 1915.

INTRITO RAFFAELE. L'obesità studiata nelle sue cause con un nuovo e pratico metodo di cura dietetica. — Roma, 1914.

COMUNE DI ROMA. Il servizio veterinario durante il sessennio 1908-1913. — Roma, 1914.

BENASSI GIUSEPPE. Considerazioni sulla tubercolosi genitale femminile. — Napoli, 1915.

GRIXONI GIOVANNI. Nuove ricerche sulle conserve alimentari dell'esercito. — Roma, 1915.

PALIERI DOMENICO. Su di un caso di simulata impotenza. — Napoli, 1914.

FERMI CLAUDIO. Meccanismo della vaccinazione antirabbica. (Note: 1ª, 2ª, 3ª e 4ª). — Siena, 1914.

ROSSI GIACOMO. Dell'opera di Angelo Celli nei suoi rapporti colle bonifiche italiane. — Roma, 1914.

CALIARI CARLO. Ospedale di Valdagno. Terza relazione clinico-statistica delle operazioni chirurgiche 1907-1914 e prima relazione delle cure mediche del 1914. — Valdagno, 1915.

MOSCATI GIUSEPPE. Peritonite tubercolare sperimentale nei cani sani ed ipofisi-privi. — Napoli, 1915.

MAIONE PASQUALE. Relazione sulle condizioni igieniche, sanitarie e demografiche del Comune di Ascoli Piceno nel quadriennio 1910-1913. — Torino, 1915.

FLAMINI MARIO. Colonia marina « Jolanda di Savoia » in Santa Marinella. Relazione 1914. — Roma, 1915.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## AMMINISTRAZIONE SANITARIA

### Per l'organizzazione sanitaria.

Il presidente del Consiglio dei ministri ed il ministro della guerra hanno oggi firmato il seguente decreto:

Ritenuta la necessità di coordinare all'azione dell'autorità sanitaria, civile e militare, quella dei Comitati locali di organizzazione civile, per quanto ha tratto all'assistenza ospedaliera dei militari, fuori la zona delle operazioni di guerra, decretano:

Art. 1. — Sono istituiti 8 Comitati sanitari, regionali, nelle sedi e per le circoscrizioni indicate nell'art. 2, con incarico di coordinare all'azione dell'autorità sanitaria, civile e militare, quella dei Comitati locali di organizzazione civile, per quanto concerne l'impianto, la destinazione e il funzionamento di ospedali e di ricoveri per militari infermi o feriti o convalescenti.

Art. 2. — I Comitati regionali sono composti nel modo seguente:

*Primo Comitato.* — I. Carle prof. Antonio, direttore della clinica chirurgica dell'Università di Torino, presidente. II. Direttore di Sanità del Corpo di Armata di Torino e di Alessandria. III. Inghilleri dott. Francesco, ispettore generale medico del Ministero dell'interno.

Il primo Comitato ha sede a Torino, ed ha competenza pel territorio dei Corpi di Armata di Torino e di Alessandria.

*Secondo Comitato.* — I. Novaro prof. Giacomo Filippo, direttore della clinica chirurgica dell'Università di Genova, presidente. II. Direttore di sanità del Corpo d'Armata di Genova. III. Canalis prof. Pietro, medico provinciale.

Il secondo Comitato ha sede a Genova, ed ha competenza pel territorio del Corpo d'Armata di Genova.

*Terzo Comitato.* — I. Tansini prof. Igino, direttore della clinica chirurgica dell'Università di Pavia, presidente. II. Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Milano. III. Pampana dottor Igino, medico provinciale di Milano.

Il terzo Comitato ha sede a Milano, ed ha competenza pel territorio del Corpo d'Armata di Milano.

*Quarto Comitato.* — I. Bassini prof. Edoardo, direttore della clinica dell'Università di Padova, presidente. II. Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Verona. III. Marzolo dott. Girolamo, medico provinciale di Padova.

Il quarto Comitato ha sede a Padova, ed ha competenza pel territorio del Corpo d'Armata di Verona.

*Quinto Comitato.* — I. Ruggi prof. Giuseppe, direttore della clinica chirurgica dell'Università di Bologna, presidente. II. Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Bologna. III. Jatta prof. Mauro, ispettore generale batteriologo del Ministero dell'interno.

Il quinto Comitato ha sede a Bologna ed ha competenza pel territorio del Corpo d'Armata di Bologna.

*Sesto Comitato.* — I. Burci prof. Enrico, direttore dell'Istituto di clinica chirurgica di Firenze, presidente. II. Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Firenze. III. Pavone dott. Angelo, ispettore medico compartimentale del Ministero dell'interno.

Il sesto Comitato ha sede a Firenze, ed ha competenza pel territorio del Corpo d'Armata di Firenze.

*Settimo Comitato.* — I. Durante prof. Francesco, direttore della clinica chirurgica dell'Università di Roma, presidente. II. Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Ancona e di Roma. III. Ravicini dott. Serafino, ispettore generale medico del Ministero dell'interno.

Il settimo Comitato ha sede a Roma ed ha competenza pel territorio dei Corpi di Armata di Ancona e di Roma.

*Ottavo Comitato.* — I. Pascale prof. Giovanni, direttore della clinica chirurgica dell'Università di Napoli, presidente. II. Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Napoli o di Bari o di Palermo. III. Falleroni dott. Domenico, ispettore medico compartimentale del Ministero dell'interno.

L'ottavo Comitato ha sede a Napoli ed ha competenza pel territorio dei Corpi d'Armata di Napoli, Bari e Palermo.

Art. 3. — I direttori di Sanità di Corpo d'Armata fanno parte dei Comitati regionali e prendono parte ai lavori di essi solo per i provvedimenti che interessano il territorio del Corpo d'Armata di loro giurisdizione.

Art. 4. — I Comitati regionali sono assistiti da un ufficiale medico con le funzioni di segretario, designato dal Comando di Corpo d'Armata, dove il Comitato ha sede.

Art. 5. — Il ministro della guerra surroga con decreto i membri dei Comitati regionali in caso di rinuncia, impedimento o vacanza.

Art. 6. — I Comitati regionali hanno facoltà di eseguire accertamenti sopraluogo; di met-

tersi in rapporto con enti locali aventi finalità, dirette o indirette, di assistenza sanitaria, e coi Comitati di organizzazione civile, e di fare ai Comandi di Corpo d'Armata territoriali le proposte che ritengano necessarie pel coordinamento di cui all'art. 1.

Le proposte di provvedimenti, che esorbitino dalla competenza dei Comandi di Corpo d'armata territoriale ed ai quali i medesimi non possano far fronte coi mezzi di cui dispongono, vengono da essi segnalate al Ministero della guerra.

Art. 7. — L'azione di coordinamento, che spetta ai Comitati, non esonera le autorità territoriali, militari e civili, dall'adempiere le mansioni ad esse affidate dalle norme vigenti.

Art. 8. — Alla spesa pel funzionamento dei Comitati regionali si provvederà coi fondi del capitolo 101-*ter* del bilancio del Ministero della guerra.

È questo un ottimo provvedimento; permette di usufruire, finalmente, dell'alta capacità tecnica dei nostri clinici chirurgici, che viene a innestarsi con la pratica di cose igieniche ed amministrative degli alti funzionari della Sanità pubblica, messi loro a fianco, e con la pratica di cose militari dei comandanti di Sanità dei Corpi d'armata.

## Cronaca del movimento professionale.

*Sull'assegnazione dei gradi ai medici richiamati.* — L'applicazione del Decreto Reale del 28 marzo 1915 circa la nomina di ufficiali medici per il tempo della guerra ha sollevato amare lagnanze.

Avremmo preferito di non farcene eco. Ma ci sono pervenuti molti ed insistenti inviti ad occuparcene. Aderiamo, anche perchè le proteste di cui ci renderemo interpreti ci paiono giustificate.

Ecco di che si tratta: mentre ai medici civili non vien fatta nessuna limitazione di età per la nomina a capitano, ai tenenti medici di complemento richiamati viene imposto il limite dei 40 anni. Non vale che essi abbiano prestato lunghi ed onorati servigi in qualità di medici militari, nè che siano forniti all'abilitazione alla libera docenza o che coprano il posto di primarî di ospedali, nè che siano accorsi volenterosi sempre e ovunque li ha chiamati il dovere; tutto è nulla di fronte ai criterî restrittivi dell'interpretazione burocratica del nominato decreto-legge. Dimodochè si giunge alla conclusione paradossale che il servizio costituisce un demerito nell'Amministrazione militare, al contrario di quanto avviene nelle altre Amministrazioni!

Eppure nei concorsi per le condotte mediche ai medici che hanno prestato o prestano servizio di condotta non viene imposto limite di età. Nè 40 anni costituiscono pei tenenti dell'esercito in effettività di servizio il limite di età oltrepassato il quale non si può essere più promosso capitano.

Per queste e altre ragioni che per brevità omettiamo e per il recente decreto luogotenenziale che stabiliva non esservi luogo a limite superiore di età per le nomine ad ufficiale medico durante tutto il tempo della guerra, ci vogliamo augurare che S. E. il ministro della guerra voglia prontamente riparare all'inconveniente, che colpisce tanti nostri valorosi colleghi.

*Pensioni e indennità a medici, loro vedove ed orfani.* — Nel 1. trimestre 1915 vennero conferite le seguenti pensioni e indennità:

Pensioni: dott. Celli di Vicalvi, L. 1457; dott. Ceracchi di Narni, L. 2483; dott. Alì di Salerno, L. 1243; dott. Lo Russo di S. Pietro Tanagro, L. 1117; dott. Fedele di Minturno, L. 2706; dott. Stefanon di Portogruaro, L. 2894; dott. Delvecchio di Pignataro, L. 963; vedova del dott. Castellano di S. Eusanio, L. 1500; vedova del dott. Severi di Torgiano, L. 1105; ved. del dott. Sterlich di Tivoli, L. 1077; dottor De Stefano di Grottolella, L. 2033; dottor Talamo di Camerata, L. 1451; dott. Pigorini di Angera, L. 2699; dott. Musto di Casalvelino, L. 2279; dott. Bonafini di Goito, L. 2633; dottor Spadoni di Germiniano, L. 2588; ved. e orfani del dott. Ludovisi di Bagnoli, L. 510.

# RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

### Notifica di deliberazioni - Sospensione di votazione - Illegalità.

*La pubblicazione all'Albo pretorio di una deliberazione consiliare non fa decorrere i termini utili per il ricorso alle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato, ma occorre che essa sia notificata legalmente alle parti interessate. Nel caso che per la nomina di un medico condotto siasi stabilito di fare tante votazioni separate per quanti sono i graduati dichiarati idonei dalla Commissione giudicatrice non è legale interrompere le dette votazioni e rimandarne il seguito, cominciando* ex novo *ad altra seduta, sia pure perchè nel frattempo è mancato il numero legale* (IV Sezione del Consiglio di Stato, 26 febbraio 1915).

La Sezione ha considerato fra l'altro: « Il regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale allo articolo 49 dispone (2° e 3° comma) che i consiglieri che dichiarano di astenersi dal votare si computano nel numero

necessario a rendere legale l'adunanza ma non nel numero dei votanti e che i consiglieri che escono dalla sala prima della votazione non si computano nel numero necessario a rendere legale l'adunanza. Il sistema, dunque, è che i consiglieri astensionisti concorrono a formare il numero legale e che quelli che escono dalla sala *durante la votazione* non alterano il numero legale già accertato in precedenza. Ora, ammessa la tesi del Comune, che trattasi di deliberazione unica mercè singole successive votazioni su diversi nomi di concorrenti da essa non può trarsi che questa illazione: quando dopo votato sul quinto nome, quattro consiglieri uscirono dalla sala, tale uscita, essendosi in votazione, non rese deficiente il numero legale. La votazione perciò avrebbe dovuto continuare fino all'ultimo, per dar vita all'unica deliberazione di nomina del medico condotto ». « L'avere interrotta la votazione e, peggio ancora, l'aver ritenuto ciò che fu fatto come non fatto per ricominciare *ex novo* in altra seduta, costituisce una illegittimità che rende annullabili gli atti compiuti. Che se, in ipotesi, volesse risolversi affermativamente la questione propugnata dal ricorrente e dianzi accennata della autonomia di ciascuna votazione successiva, su ciascun nome, in modo che ciascuna votazione rappresentasse deliberazione di per sè stante, in tal caso il rinnovo delle votazioni per l'allontanamento dalla sala di quattro consiglieri con conseguente alterazione del numero legale, sarebbe stato legittimo per l'ultimo comma dello articolo 49 del regolamento ma nella successiva seduta avrebbesi dovuto procedere soltanto alle residuali votazioni e deliberazioni e non già a ripetere anche le votazioni già fatte e le deliberazioni già prese, con implicata ed illegale revoca di queste. Comunque si guardino, dunque, gli atti compiuti dal Consiglio comunale risultano illegittimi ».

Il ragionamento fatto dalla IV Sezione è pienamente conforme alla legge.

Innanzi tutto la notifica del provvedimento è condizione *sine qua non* per mettere in grado chi si sente leso da un provvedimento amministrativo di difendere i proprî interessi ed esporre le proprie ragioni. Alla notifica legale non può essere sostituito altro qualsiasi equipollente, quale la semplice pubblicazione all'Albo pretorio dell'atto che fu dalla rappresentanza municipale adottato. E ciò non solo per impedire una manifesta violazione di legge ma anche per essere matematicamente sicuri che il provvedimento venne portato a conoscenza dello interessato.

Circa il rinvio della seduta osserviamo che col sistema seguìto dalla Amministrazione si violarono i diritti dei terzi, cioè di coloro che nella prima adunanza avevano ottenuto la maggioranza prescritta e potevano ritenersi eletti senza altro.

La ripetizione della votazione li espose a rischio gravissimo ben potendo avvenire, come sarà forse anche avvenuto, che nella seconda seduta i voti dei consiglieri si raggruppassero diversamente intorno ai nomi dei singoli candidati.

**Concorsi - Rinunzia del primo graduato - Effetti in rapporto degli altri.**

*La rinunzia al posto messo a concorso quando equivalga a non accettazione e non a dimissione lascia sussistere la vacanza e per conseguenza lascia piena libertà alla Amministrazione di conferire la nomina nei limiti e con le norme del concorso già bandito ed espletato* (Parere del Consiglio di Stato, Sez. Unite, 29 dic. 1914).

La surricordata massima del Consiglio di Stato fu stabilita non a riguardo di medici condotti ma bensì a riguardo di altri impiegati comunali.

Abbiamo però creduto utile di riportarla e di illustrarla perchè ci sembra applicabilissima anche ai concorsi di medici condotti.

Non è raro il caso in cui, formulata dalla competente Commissione giudicatrice la graduatoria degli eleggibili e procedutosi dal Consiglio comunale alla nomina di uno di essi, il nominato non accetti. In tale eventualità si è sempre ritenuto che il concorso fosse esaurito, pur rimanendo il posto privo del titolare. Con l'avvenuta nomina, si diceva, il Comune ha esaurito tutto il ciclo delle formalità ad esso incombenti per chiudere esaurientemente il concorso; la non accettazione è un fatto nuovo, chè da vita a nuovo stato di cose, non previsto prima del bando di concorso. Epperò nessuno altro dei concorrenti può aspirare ad essere sostituito al non accettante: occorre bandire nuovo concorso e formulare nuova graduatoria.

Il Consiglio di Stato col parere che commentiamo, ha fatto una distinzione. Se colui che fu prescelto non accetta, il concorso non può dirsi esaurito *perchè*, così si esprime, *a rendere praticamente attuoso il conferimento del posto è pur necessario il concorso del nominato: fino a che questi non interviene, gli effetti della nomina, almeno quello principale, cioè, la effettiva occupazione del posto, non si verifica.* Il che conduce a ritenere che il concorso non si è esaurito, che il Consiglio comunale deve procedere a nuova designazione, se già non l'abbia precedentemente fatta e che gli altri graduati possono a buon diritto aspirare alla nomina.

Che se invece trattasi di vera e propria dimissione dopo conseguita la nomina in tal caso, essendo già implicitamente avvenuto il concorso del nominato, il quale non avrebbe certamente

potuto dimettersi da un posto non mai accettato, è da ritenere chiuso ed esaurito il concorso e nessun altro dei candidati ha più diritto alla nomina.

« Nè d'altra parte, seguita il parere, la questione può confondersi con l'altra affine, ma diversa, relativa alla esistenza o meno di un diritto in chi fu graduato immediatamente dopo il primo di ottenere il posto allorchè il primo rinunzii. Quando nè la legge nè il regolamento nè il bando del concorso dispongono altrimenti, l'Amministrazione non può ritenersi vincolata all'obbligo sopra detto. Infatti il bando di concorso, in questi casi, pone in essere, in sostanza, un impegno da parte della Amministrazione soltanto in favore di chi sarà designato vincitore. Avvenuta la designazione nella persona di uno dei concorrenti, gli altri nessuna pretesa possono vantare, nè la rinuncia al diritto della nomina da parte del titolare del diritto stesso, lo fa passare in altri ».

Di tal che è da ritenere che il pubblico concorso con la nomina del titolare si esaurisca definitivamente ancorchè costui posteriormente si dimetta. Gli altri concorrenti non hanno in tal caso alcun diritto da far valere nè possono intentare eventuale giudizio per danni.

Nel solo caso che la rinunzia implichi non accettazione si può aspirare a nuova designazione da parte del Consiglio comunale, fra gli stessi elementi già graduati dalla Commissione giudicatrice.

Doctor JUSTITIA.

## PROBLEMI DI MEDICINA SOCIALE.

### In difesa della maternità.

Leggo nella *Gazzetta delle levatrici,* n. 14, 25 luglio corrente anno, una lettera aperta del direttore della Scuola di levatrici di Venezia nella quale si implorano provvedimenti legali contro l'ammissione ai corsi di ostetricia delle allieve levatrici nubili o vedove gestanti.

Egli afferma che avendo avuto quattro allieve in tali condizioni si appellò al Consiglio Accademico della Università di Padova per impedire loro di frequentare le lezioni e che avutane una decisione negativa si rifiutò di dare gli esami alla sezione di luglio.

La questione è gravissima sotto il duplice punto di vista morale e sociale, poichè a priori l'ostetrico della scuola di Venezia presuppone che una nubile o una vedova che rimangano incinte siano immorali, il che equivale ad affermare che per moralizzare la funzione della procreazione occorra la firma davanti al sindaco, ed ironicamente soggiunge: libera gravidanza in libero stato!

Io non esito invece seriamente a far mio tale principio sacro per la conservazione della specie, sacro per legge di natura.

Il Consiglio Accademico della Università di Padova in via legale già splendidamente rispose che, *come qualunque altra studentessa delle varie facoltà, l'allieva levatrice nubile ha diritto a essere madre.*

Io plaudo vivamente a tale logica, umana e giusta deliberazione che dimostra ancor più quanto l'Università di Padova sia diretta da menti elette e superiori che hanno superato certi pregiudizii medioevali.

Ma quale clinico ostetrico sento pure il dovere di rilevare che mai potrei associarmi alle proteste del direttore della scuola di Venezia e tanto meno alle proposte sue di simili limitazioni legali che metterebbero le nostre allieve ingiustamente in condizioni di inferiorità rispetto alle studentesse degli altri corpi universitarii, stabilendo nel contempo un principio che sarebbe la più truce e avvilente offesa ai sacri diritti della maternità.

Mi sarei ben guardato dal perdere, sopratutto in questi momenti, il tempo nel rilevare la suddetta nota sia pure ispirata a principî morali, se leggendola non mi fossi sentito profondamente rattristato nella mia qualità e di insegnante universitario e più ancora di clinico ostetrico, qualità che impongono sopra ogni altra cosa di tutelare tutte le libertà individuali e fra queste in modo particolare quella santa, sublime della maternità all'infuori d'ogni pregiudizio sociale e confessionale.

Non abbiamo a dimenticare le quotidiane lagrime che dobbiamo asciugare spargendone spesso noi stessi, per tranquillare l'animo crudelmente offeso di tante nubili inconsciamente cadute nel tradimento del maschio bruto e poi abbandonate senza mezzi nè per sè nè pel frutto delle proprie viscere. E in molti casi appunto queste infelici, divenute coscienti della propria responsabilità, lottando fra la vergogna, l'ingiusto quanto feroce ludibrio a cui le condannano la famiglia e la società e volendo provvedere onestamente a una vita indipendente per sè e pel futuro essere, scelgono la via che più adatta al caso, la più, diciamo, spregiudicata per l'indole degli studi e della missione, quella della professione della levatrice.

E in questi casi appunto noi maestri, noi clinici ostetrici, dobbiamo non ostacolare loro la via, ma fungere loro oltrechè da maestri e da

ostetrici, da padri, loro facilitando in tutti i modi una vita indipendente, onesta, sufficiente e dignitosa per sè e pel figlio.

Ed è questa la condotta che la mia scuola tiene da trent'anni in innumeri casi senza mai aver dovuto anco una sol volta pentirsi.

Non dimentichiamo che la missione del clinico ginecologico non è solo quella di insegnare, di istruire, ma anche quella di educare sulla base della sua quotidiana, sacra, tangibile esperienza, tutte le classi sociali e quell'ineluttabile culto della maternità che non è mai e non sarà mai sufficientemente alto e sentito.

Prof. BOSSI.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5411) *Servizio militare.* — Il Dott. abbonato n. 2427 desidera conoscere se essendo stato chiamato sotto le armi possa mantenere il posto e lo stipendio durante la guerra a mente del disposto dello articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili applicato dal Comune a tutti gli impiegati comunali. Fa notare che il Sindaco non fece in tempo gli atti necessari per lo esonero, come unico medico condotto del Comune.

Avendo il Comune applicato a tutti gli impiegati municipali il disposto dello articolo 26 del testo unico delle leggi sullo stato giuridico degli impiegati civili, è indubitato che anche ai medici condotti competa lo stesso benevolo trattamento, giacchè anche essi sono impiegati comunali. Il ritardo frapposto nella esibizione delle carte necessarie per ottenere l'esonero come unico medico del Comune, è imputabile alla amministrazione municipale e non al sanitario, che non avea, d'altronde, alcun personale interesse per rendersi parte diligente.

(5412) *Servizio militare.* — Il Dott. abbonato n. 2200 desidera conoscere se come ufficiale sanitario e direttore di un ospedale possa conservare il posto e lo stipendio per la intera durata della di lui chiamata sotto le armi come tenente medico. Desidera anche conoscere se abbia il diritto alla nomina a capitano e nella affermativa in base a quale disposizione di legge.

Come ufficiale sanitario, che è anche impiegato comunale, ha diritto a conservare il posto e lo stipendio per la intera durata della guerra, in base allo articolo 20 del testo unico delle leggi sullo stato giuridico degli impiegati civili, che fu recentemente reso applicabile anche agli impiegati comunali. Il posto di direttore dell'ospedale potrebbe essere conservato qualora il regolamento speciale delll'Opera Pia le ne desse diritto, non risultando essere stato ancora adottata dalle opere di beneficenza disposizione analoga a quella approvata dai Comuni pei propri impiegati chiamati sotto le armi. Circa la promozione, trattandosi di cosa che riguarda l'ordinamento del R. Esercito, non abbiamo elementi sufficienti per dare adeguata risposta.

(5413) *Ufficiale sanitario - Indennità pel servizio veterinario.* — Il Dott. G. P. C. da V. desidera conoscere se essendo morto da diverso tempo il veterinario comunale, egli che come ufficiale sanitario disimpegna il servizio di ispezione ai macelli ed alle carni macellate abbia diritto a speciale compenso.

L'articolo 8 del regolamento sulle bevande e sugli alimenti approvato con R. Decreto del 3 agosto 1890 dispone che l'ispezione ai macelli ed alle carni macellate è affidata ai veterinarii comunali *ed in mancanza* all'ufficiale sanitario. Mancando, quindi, costà il veterinario, per l'avvenuta morte del titolare, compete a Lei, come ufficiale sanitario, di sostituirlo senza compenso; trovi modo di sollecitare il bando del concorso interessando della cosa il veterinario provinciale.

(5414) *Servizio militare.* — Il Dott. P. L. da G. desidera conoscere se essendo da tre anni medico condotto interino ed al presente sotto le armi sia stato sostituito nel suo Comune da un supplente o da un altro interino, se servendo un Comune di oltre 9000 abitanti possa ottenere la esenzione dalla chiamata in considerazione che vi è colà solamente un altro condottato dichiarato inabile al servizio di guerra e come possa spiegarsi il ritardo frapposto alla di lui nomina ad uffficiale medico del R. Esercito.

Essendo Ella interino e non medico condotto regolarmente nominato sarà stato sostituito da altro interino e non da un supplente. Come interino non compete la esenzione di cui all'articolo 1°, lettera *q*, del R. Decreto 13 aprile 1911, ma se anche Le avesse potuto competere oramai è tardi ed è inutile fare qualsiasi pratica giacchè tutti i congedamenti ed i licenziamenti sono sospesi. Si metta a rapporto ai proprî superiori per sollecitare la nomina ad ufficiale medico, per cui a suo tempo avrà presentata regolare istanza al Ministero della guerra.

(5415) *Servizio militare - Competenze.* — Il Dott. G. T. da A. desidera conoscere se sia legale quello che ha fatto il Comune, di trattenere, cioè, la metà dello stipendio dovutogli per la ragione di dover con l'altra metà compensare il supplente delle spese di cavalcatura.

La deliberazione del Consiglio comunale è certamente illegale perchè al medico condotto chiamato sotto le armi, non la metà ma l'intero stipendio deve essere corrisposto, perchè considerato come in congedo per la intera durata della guerra. Oramai tutti i Comuni hanno adottato nei proprî regolamenti disposizioni analoghe a quelle sanzionate nello articolo 20 del testo unico delle leggi sullo stato giuridico degli impiegati civili, ed abbiamo ragione di ritenere che anche il suo Comune abbia fatto lo stesso, altrimenti non Le avrebbe corrisposto nemmeno la metà dello stipendio. Ricorra al prefetto della provincia per ottenere l'annullamento del deliberato che a noi sembra, senza altro, illegale.

(5416) *Pagamento stipendii - Servizio militare.* — Il Dott. G. d'A. da C. chiede conoscere in qual modo debba regolarsi verso l'esattore comunale che si rifiuta di pagargli gli stipendii scaduti adducendo di non aver fondi perchè l'Amministrazione municipale non gli ha ancora consegnati per la riscossione i ruoli di tasse di questo anno, ed in qual modo potrebbe ottenere la chiamata di ufficio sotto le armi come ufficiale medico, non essendo per ragione di età più obbligato a qualsiasi servizio militare.

La ragione che adduce l'esattore per non pagarle gli stipendii arretrati non è legittima, inquantochè egli è obbligato ad eseguire tale pagamento a qualsiasi costo sotto comminatoria della applicazione della multa. Produca formale ricorso alla Intendenza di finanza da cui l'esattore dipende. Non avendo per ragione di età alcun obbligo di militare servizio non può sperare in una chiamata di ufficio, nè può farsi nominare ufficiale medico di complemento per aver già superato il prescritto limite di età. Secondo noi non vi è alcun mezzo per ottenere l'intento che Ella desidera.

(5417) *Compensi per prestazioni fatte a persone non incluse nell'elenco dei poveri.* — Il Dott. R. C. da M. espone che avendo mosso giudizio per pagamento di prestazioni professionali fatte a persona non inclusa nello elenco dei poveri, il giorno prima di discutersi la causa dinanzi al conciliatore gli era stato dal sindaco scritta una lettera con la quale lo si avvertiva che il debitore con deliberazione di Giunta del dì 8 novembre 1914 era stato incluso nello elenco delle persone cui era dovuta la somministrazione gratuita dei medicinali. Chiede conoscere in qual modo si debba regolare e se debba insistere nell'incoato giudizio.

Non è concepibile il fatto che nel Comune esistano due elenchi separati e distinti per le medicine e per l'assistenza medica. Il Comune che finora ha seguito tale erroneo ed illegale sistema è responsabile di danni, così come è responsabile di danni per non aver tenuto al corrente e rettificato nei modi di legge annualmente l'elenco delle persone aventi diritto a cura ed assistenza sanitaria gratuita. Il Tribunale di Cremona si è occupato di tale questione e con recente sentenza, di cui non possiamo precisare la data, ha affermato che il medico condotto ha diritto al risarcimento dei danni quando il Comune trascura la revisione dello elenco dei poveri. Il giudizio contro il debitore potrebbe essere, secondo noi, continuato perchè la deliberazione del 1914 non fu mai portata legalmente a sua conoscenza, ma se preferisce abbandonarlo avrebbe pur sempre il diritto di rivolgersi, per le ragioni anzidette, alla Amministrazione municipale.

Doctor JUSTITIA.

**I Quesiti pel "Doctor Justitia,, e le Domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinti, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

## CONDOTTE E CONCORSI.

CAMPIGLIA CERVO (*Novara*). — Condotto per la cura dei poveri. Rivolgersi al Sindaco. Scadenza 15 agosto.

FOIANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — A tutto il 13 agosto due condotte a cura piena; L. 3750 con 2 sessenni, più L. 750 per indennità cavalcatura. Richiedere l'avviso.

MONTEFALCO (*Perugia*). — A tutto agosto è prorogato il concorso a una delle due condotte; L. 4400 comprese L. 350 per obbligo supplenza. Obbligo cavalcatura.

MURAVERA (*Cagliari*). — Il concorso per la condotta medica piena è prorogato a tutto il 20 agosto. Lorde L. 1400, oltre L. 225 p. carcerati.

* PIENZA (*Siena*). — Conferimento di una condotta cui è annesso lo stipendio di L. 3500 oltre gli incerti per indennità di cavalcatura per visite in campagna. Scadenza 31 agosto.

PORTAFUORI (*Bergamo*). — Condotta consorziale; L. 5000. Scadenza 10 agosto.

* RECANATI (*Macerata*). — Condotta rurale di Montefiore Bagnolo; L. 4000 lorde con 3 sessenni. Scadenza 10 agosto.

ROMA. *Amministrazione Provinciale.* — Tre medici assistenti nel Manicomio di S. Maria della Pietà (Istituto di Roma o Succursale di Ceccano); L. 2530 oltre il vitto e l'alloggio personale nell'Istituto. Carica biennale senza conferma. Concorso per titoli. Documenti alla Segreteria della Provincia. Età 25-40 anni. Scadenza 31 agosto. Servizio entro 15 giorni.

ROTAFUORI ed UNITI (*Bergamo*). — Concorso consorziale in base a capitolato approvato dalla

A. N. M. C. Stipendio L. 5000. Abitanti 2685. Documenti soliti. Scadenza 10 agosto.

SIENA. *R. Prefettura*. — Il concorso al posto di ufficiale sanitario, bandito con manifesto 10 giugno, per l'attuale stato di cose viene rimandato a tempo indeterminato.

SOLARA (*Rovigo*). — Medico-chirurgo; L. 5000; obbl. cav. Scadenza 20 agosto.

SPIRANO-LURANO (*Bergamo*). — Chiudesi 31 agosto 1915 concorso medico consorziale. Abitanti 3761. Stipendio 4400 lorde. Tre sessenni. Comuni equidistanti tre chilometri, pianura. Residenza Spirano ove havvi ospitale.

TARANTO (*Lecce*). — Concorso per titoli al posto di capo laboratorio medico-batteriologico del Comune; L. 3155 e 4 aumenti quinquennali del decimo. Chiedere schiarimenti. Scadenza 31 agosto.

TUORO (*Perugia*). — Condotta; L. 4300 lorde così ripartite: per la cura dei poveri ed abbienti ed indennità alloggio L. 4150, e come U. S. L. 150; indennità cavalcatura L. 700; aumento di 1/10 sullo stipendio iniziale di L. 4300 per un solo sessennio. Assicurazione. Scad. 31 ag. Abitanti 3559.

Cercasi dal Comune di Vetralla (Roma) medico per lungo interinato. Stipendio 500, condotta comoda e saluberrima. Rispondasi al dott. Cecchini.

Cercasi interino per Sgurgola (Roma) con decorrenza dal 1° settembre p. v. e per la durata di un mese. Stipendio L. 400 nette senz'altra indennità, cura piena. Il paese ha aria salubre, frequentato da villeggianti, conta 4000 abitanti circa, tutti riuniti ed è a 2 km. distante dallo scalo ferroviario lungo la linea Roma-Napoli. Rivolgersi al dott. E. Formica, Sgurgola.

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

*Diffide e boicottaggi*:

Revoca di diffida: Vestignè (Torino).

Nuova diffida: Pasiano, pel II reparto Cecchini (Udine).

*Uffici di collocamento dell'A. N. M. C.*

Avendo il dott. Alciati rinunziato alla gerenza dell'Ufficio di collocamento di Roma questo resta fino a nuovo avviso soppresso.

Agenzie generali:

Milano: Dott. Ferrero, via S. Marco, 46.

Agenzie sezionali:

Milano: Sig. Enrico Ferri, piazza Galvani, Archginnasio.

Como: Dott. Giuseppe Patrizi, Villalbese.

Mantova: Dott. Vincenzo Orsi.

Mache: « Gazzetta Medica delle Marche », Portocivitanova.

Padova: Associazione Medici Condotti, Ponte Molin (Casin Rosso, 2).

Toscana: Sig. Alfonso Rustici, via dei Pilastri, 15, Firenze.

Udine: Dott. Italo Salvetti, Mortegliano.

Treviso: Dottor Fausto Schenardi, presidente Sezione provinciale , Colle Umberto.

Si rammenta di inviare la quota anticipata, che è di L. 2 per i soci in cerca di supplenti, L. 5 per i soci in cerca di interinati, L. 10 per i medici non soci ed i comuni.

# NOTIZIE DIVERSE.

## Per la salute pubblica.

Il Consiglio dei ministri si è occupato della igiene pubblica.

A questo proposito occorre dire subito che le condizioni igieniche del nostro paese sono ottime. Nessuna preoccupazione, quindi, e tanto meno allarmi che apparirebbero assolutamente ingiustificati. Ciò però non esclude il dovere per i nostri governanti di svolgere una assidua opera di prevenzione.

L'estate volge al culmine e con i calori le epidemie sono più facili. Inoltre alcuni piccoli Comuni, del Mezzogiorno specialmente, sono in condizioni igieniche non liete. Il Consiglio, quindi, ha deliberato due ordini di provvedimenti, di carattere immediato, e cioè maggiore vigilanza igienica e di carattere duraturo nel senso di mettere quei Comuni in condizioni di riparare alle pericolose deficienze in cui, da troppo tempo, indugiano. Fra queste, la principale è la mancanza di fognature. Ai ripetuti richiami i Comuni hanno sempre opposto l'impossibilità ad eseguire le opere necessarie, per le critiche condizioni dei propri bilanci. Il Governo è perciò venuto nella determinazione di soccorrerli equamente. Ed ha approvato lo schema di un decreto-legge a questo scopo. Il decreto tra le altre disposizioni autorizza la Cassa depositi e prestiti a fare con la maggiore possibile sollecitudine e larghezza gli anticipi per l'esecuzione delle più urgenti opere igieniche. Il provvedimento, com'è facile immaginare, giova anche a lenire i danni della disoccupazione.

## Per l'igiene scolastica.

La Commissione per l'igiene scolastica ha iniziato i suoi lavori, eleggendo all'unanimità a suo presidente il comm. Lutrario, il quale prima di aprire la discussione sull'ordine dei temi da trattare, ha opportunamente fatto cenno agli accordi preliminari intervenuti fra le due Amministrazioni, dell'Interno e della Pubblica Istruzione, per l'azione da svolgere nel campo dell'igiene scolastica e pedagogica, accordi che hanno condotto alla costituzione della Commissione Reale.

Egli ha comunicato che da una inchiesta, compiuta dalla Direzione generale della Sanità, risulta che in ben oltre la metà delle provincie del Regno — e non tutte fra le meno importanti — la sorveglianza igienico-sanitaria è tuttora allo stato embrionale e che pochissimi sono i Comuni, anche tra i maggiori, i quali abbiano istituito un servizio efficace per la difesa e tutela sanitaria nelle scuole. Il presidente ha altresì ricordato che il Ministero dell'Interno, di piena intesa con quello dell'Istruzione, ha provveduto all'apertura di brevi corsi di perfezionamento in igiene scolastica presso le Università del Regno, ad uso, di preferenza, degli ufficiali sanitari, essendosi riconosciuta la necessità di accrescere, per questa parte, la cultura specifica di coloro che sono per legge tenuti ad esercitare le importanti funzioni della vigilanza sanitaria delle scuole; ed ha riferito che tali corsi sono stati complessivamente frequentati, con ottimo esito, da oltre duecento sanitari.

Il comm. Lutrario ha chiuso la sua relazione, dichiarando che il Ministero dell'Interno fa

grande affidamento sull'opera della Reale Commissione affinchè l'azione dello Stato per il rinnovamento igienico del paese, validamente sorretta ed integrata da quella della scuola, possa dare presto benefici risultati che, a parità di mezzi e di sforzi, già si sono ottenuti da varie nazioni; a suo giudizio, in sostanza, è la scuola media ed elementare, che può e deve diventare il centro più importante di diffusione per la propaganda igienica del Paese.

E la Commissione, pienamente convenendo nelle considerazioni esposte dal presidente, dopo un largo scambio di idee sull'ordine dei propri lavori, ha deliberato di proporre alcuni provvedimenti, da adottarsi per ora in via di esperimento, circa la vigilanza sanitaria delle scuole, tracciando quindi, nelle sue linee generali, il programma delle discussioni per una prossima riunione.

**Per la tutela dell'infanzia.**

In seguito a decreto luogotenenziale del 13 giugno u. s., il Ministero dell'Interno ha diramato ai prefetti le seguenti istruzioni perchè sieno devolute alla tutela dell'infanzia le risorse provenienti dalle istituzioni di beneficenza.

Sarà facile alle Prefetture, in base all'elenco delle Opere pie della provincia, agli statuti ed ai regolamenti, di determinare quali siano in concreto le istituzioni alle quali debbasi applicare la norma del decreto luogotenenziale.

Questo deve avere effetto dal giorno della sua pubblicazione; e però dal detto giorno si intende, senza altro, devoluto a favore dell'infanzia il reddito netto delle Opere pie ed istituzioni dotali, da calcolarsi con i criteri stabiliti dalla gurisprudenza per l'applicazione dell'articolo 54 della legge 17 luglio 1890.

Vi sono anche istituzioni che amministrano fondi aventi scopi o destinazioni non bene definiti, o che dispongono di avanzi di amministrazione o fondi accantonati per essere erogati a momento opportuno, o a seconda delle circostanze, o provenienti dal reddito di lasciti non erogati per qualsiasi causa negli esercizi precedenti, che dovrebbero oramai capitalizzarsi in aumento del patrimonio dei lasciti stessi o essere devoluti, mediante legale trasformazione, ad altri scopi.

Il reddito netto di tutti questi fondi, per i quali le amministrazioni interessate e le autorità competenti non abbiano ancora stabilita la destinazione definitiva, sotto la osservanza delle prescritte formalità, s'intende devoluto, dalla data della pubblicazione del decreto, a pro dell'infanzia.

Nella erogazione dei fondi destinati alla infanzia, si dovrà avere speciale riguardo ai figli dei militari e particolarmente a quelli che non possano fruire dei sussidi previsti dal regio decreto 13 maggio 1915, n. 620; è questa una doverosa considerazione verso coloro che arrischiano la loro vita per la patria e ai quali accrescerà lena la sicurezza di saper protetta e assistita la loro prole.

Tra le istituzioni anche temporanee, da sovvenire con tali fondi, sono specialmente da raccomandare le Case di maternità o presepi, che si propongano di accogliere e sorvegliare i bambini di tenera età durante la intera giornata, mentre le loro madri sono occupate nei lavori.

I signori prefetti faranno anzi opera molto lodevole, promovendo efficacemente dalle iniziative locali la istituzione di dette Case, affinchè le madri possano con serenità di animo attendere ai lavori agricoli e a tutti quegli altri nei quali, per la scarsezza della mano d'opera maschile, sarà necessario adibirle.

Il Ministero da parte sua non mancherà di incoraggiare, entro modesti limiti, queste provvide istituzioni.

Per i fanciulli che possono essere assistiti negli asili d'infanzia, in ricreatori, ecc., i prefetti provvederanno che sia destinata una congrua parte delle somme disponibili, affidandone la gestione o direttamente alla amministrazione dell'asilo, o al patronato scolastico quando dia garanzia di regolare funzionamento, ovvero ad altro istituto locale che già abbia o voglia assumere la assistenza dell'infanzia, oppure al Comune, o infine a qualche Comitato che affidi per serietà ed attività.

Ciò che sopratutto interessa è che non si disperdano mezzi ed energie, e che nessun fanciullo bisognoso rimanga privo di assistenza materiale e morale.

Per il miglior coordinamento e la integrazione delle diverse forme di beneficenza, è data facoltà al prefetto di ordinare d'ufficio la costituzione di federazioni tra le istituzioni della provincia.

La necessità di riunire e coordinare tutte le forze sovventive per una più efficace, intensa e razionale opera di soccorso giustifica a pieno la disposizione e molto vi è da attendere dalla opportuna applicazione di essa.

Per estendere anche ai fanciulli di età superiore ai 9 anni i benefici dell'attuale provvedimento, si sono modificate le disposizioni dell'attuale legge sul lavoro dei fanciulli.

**Contro il fosforo bianco.**

Un decreto luogotenenziale stabilisce che il termine per l'emanazione dei provvedimenti necessari per l'esecuzione nel Regno delle disposizioni della Convenzione internazionale di Berna, 26 settembre 1906, concernenti la interdizione dell'impiego del fosforo bianco (giallo) nell'industria dei fiammiferi, è prorogato a tutto il sessantesimo giorno successivo alla conclusione della pace.

**Per l'esportazione delle carni.**

La Direzione generale della Sanità ha provveduto perchè in seguito alle recenti disposizioni emanate dagli Stati Uniti d'America, che richiedono, per l'importazione delle carni, certificati redatti in lingua inglese, sia facilitato il rilascio di tali certificati affidandone la firma ai veterinari di confine e di porto, coll'osservanza di una procedura speciale, che tuttavia riconduce alla osservanza della norma fondamentale vigente nel Regno in materia di ispezione delle carni; che cioè questa deve essere compiuta nel Comune, dal veterinario municipale o dall'ufficiale sanitario.

Il veterinario comunale (o l'ufficiale sanitario dove manca il veterinario) compilerà e firmerà la matrice di speciali moduli; giunta che sia la spedizione al confine o nel porto destinato all'imbarco, il veterinario di confine o di porto,

sulla scorta della sezione già compilata e firmata dal veterinario comunale del luogo d'origine, che tratterrà presso di sè, compilerà e firmerà il certificato che dovrà scortare la spedizione fino a destinazione.

Gioverà far notare che l'aver disposto che il veterinario di confine o di porto, come unico veterinario di Stato che possa adibirsi all'uopo, si sostituisca, nella firma, al veterinario comunale (o all'ufficiale sanitario), non esonera questi sanitari dall'adempiere scrupolosamente le loro mansioni per la visita delle carni e pel rilascio del relativo certificato, rimanendo essi responsabili di eventuali inconvenienti derivanti da negligenza o dalla mancata osservanza delle norme, di cui sopra.

Ai prefetti vengono fatte speciali raccomandazioni perchè sieno impartiti ai veterinari di confine e di porto le istruzioni necessarie, e distribuiti ai Comuni i moduli dei certificati.

### Per la nettezza delle strade a Roma.

Per migliorare le condizioni di questo importantissimo fra i servizi pubblici durante la guerra, il Municipio di Roma ha ordinato agli esercenti negozi e botteghe di qualsiasi genere, a tutti coloro che abitano o comunque occupano locali terreni prospicienti su strade e piazze pubbliche, a tutti i proprietari di case, palazzi o ville, ed a tutti i proprietari od imprenditori di opifici e stabilimenti industriali, di provvedere a loro cura alla giornaliera spazzatura del tratto del marciapiede prospiciente l'ingresso agli stabili, abitazioni ed esercizi suddetti, curandone costantemente la nettezza e la decenza.

Dove non esista marciapiede, l'obbligo di cui sopra deve intendersi riferito ad un tratto equivalente della via pubblica.

I contravventori alla ordinanza saranno puniti a norma di legge.

### L'Ospedale Evangelico di Milano per la Croce Rossa

L'ospedale chirurgico di via Monterosa, circondato da giardino, in posizione e con aspetto quasi di villeggiatura, è da un mese già pronto ed offrirà 200 letti alla Croce Rossa. Gli impianti per i servizi della chirurgia specializzata e di chirurgia corrente risultano di primissimo ordine. Varie sale operatorie con completo armamentario costituiscono dei veri reparti speciali che rispondono a tutte le esigenze moderne: varie sale di medicazione sono disposte per la trattazione chirurgica delle ferite post-operative, che possono così essere distinte in rapporto a queste varie sale.

Una nuova sala di radiologia è stata aperta lo scorso anno; doccie, bagni, laboratorii, gabinetti, cucinette, sala inalatoria, riscaldamenti, apparati generali di disinfezioni, camera per grandi disinfezioni alla formaldeide, ecc., vengono a dare completo assetto a questa Istituzione.

La munificenza della Colonia svizzera ha fatto sì che oggi è dato alla Croce Rossa, arredato e trasformato, l'ospedale, che da un mese quasi ha arrestato la propria attività per disporla tutta per la grande opera di pietà. La Croce Rossa insedia il suo Corpo medico nelle persone dei professori T. Della Vedova, direttore-ispettore e capo reparto, e dei capi reparti Bossi, Badini, Buzzi e degli aiuti Etro, Milano, Cainelli e Feruglio; faranno servizio di assistenza anche le infermiere della Croce Rossa.

### Un altro ospedale di riserva a Napoli.

Un grande e sontuoso albergo napoletano, l'«Excelsior», è stato trasformato per una buona parte in ospedale della Croce Rossa. La Società anonima svizzera per imprese d'alberghi ne ha fatta la generosa concessione insieme con 80 letti, cucine, frigoriferi, ecc.

Il duca Luigi Dusmet, la baronessa Barracco-Doria, la principessa di Cellamare hanno prodigato le maggiori attenzioni a questa metamorfosi, per la quale l'« Excelsior » è diventato un modello.

### Nuovi ospedali della Croce Rossa.

La Croce Rossa ha ufficialmente aperto in Milano due nuovi ospedali territoriali: uno creato alla Poliambulanza di via Arena, l'altro in via Monterosa, 12, nei locali dell'Ospedale evangelico.

A Palazzolo sull'Oglio si è organizzato un altro ospedale della Croce Rossa, per 150 feriti.

### Ospedale per soldati convalescenti.

Nel Comune di Orbassano è stato inaugurato un ospedale di 80 letti per soldati convalescenti, istituito e mantenuto completamente a spese dell'industriale torinese Giovanni Agnelli, cavaliere del lavoro.

### Per i porta-feriti.

Il maggiore signor Angelo Sconfietti ed il capitano signor Claudio Armani, della Croce Rossa Italiana, hanno messo a disposizione della medesima la somma di lire 100, per due premi di lire 50 cadauno da assegnarsi: al portaferiti reggimentale che primo si sarà segnalato per un atto di valore nel compiere il proprio dovere; al milite della Croce Rossa che primo sarà stato segnalato per lo stesso motivo.

### Le sezioni americane della Croce Rossa lasceranno l'Europa.

Si ha da Zurigo, 30:

Il « Berliner Tageblatt » in un dispaccio da Vienna riferisce che tutte le sezioni della Croce Rossa americana in Europa sono state avvertite di far ritorno in America entro i primi di ottobre.

La misura — dice il giornale — verrebbe motivata con la mancanza dei mezzi finanziarii.

### Per i militari feriti.

Riceviamo e pubblichiamo:

Spettabile Redazione del « Policlinico »,
Roma.

Il Comitato bresciano di preparazione rende noto a codesta spett. Redazione che, istituendo dei pacchetti di utili cose da inviare ai soldati combattenti, su proposta del dott. Isidoro Griffi ha stabilito di accludere a ciascun pacchetto una copia dell'ottimo « Decalogo del soldato ferito »

del dottor Lusena, a cui si apporrà l'indicazione della pregiata rivista «Il Policlinico», da cui vien tolto il «Decalogo».

Il Comitato bresciano, ciò facendo, è sicuro che il nobile scopo onde è animato gli farà trovare pienamente concorde codesta spettabile Redazione.

Con ossequio.

Il presidente Renato Colini. Il segretario A. Ferretti Torricelli.

Siamo lietissimi che la proposta da noi caldeggiata di diffondere tra i combattenti le norme principali del pronto soccorso e dell'igiene trovi accoglienza e venga attuata da parte di benemeriti cittadini.

**Per il monumento a Francesco Fede.**

A Petrella Tifernina, in provincia di Campobasso, patria dell'illustre prof. Francesco Fede, è sorto un Comitato nel mese di aprile scorso per onorare la memoria di tanto uomo con una statua, la cui esecuzione veniva affidata allo scultore prof. Buccini, di Napoli. Il Comitato si è rivolto agli enti, alle autorità ed ai più illustri cittadini per avere delle oblazioni e quindi anche al presidente del Consiglio dell'Ordine di Napoli, il quale annovera moltissimi discepoli, che ricordano l'alta dottrina e le benemerenze di Francesco Fede. Il Consiglio dell'Ordine, facendo plauso all'iniziativa del Comitato locale, ricordando che Francesco Fede fu il fondatore della Clinica pediatrica nella Regia Università e clinico eminente, nonchè deputato nel Parlamento nazionale per diverse legislature, deliberò all'unanimità di concorrere con un contributo per onorare la memoria di colui, che fu un uomo veramente superiore per dottrina e per bontà d'animo e che fu onore e vanto del Molise forte e gentile.

**Per i militari tedeschi mutilati in guerra.**

I cortili del Museo Nazionale di Monaco in Baviera sono stati apprestati per impartirvi dei corsi di cura ortopedica ai militari mutilati e storpiati, capaci di trarne vantaggio.

L' «Ambulatorio medico-meccanico», come viene designato ufficialmente, è stato affidato al prof. Trumpp (*Journal A. M. A.*).

**Il giubileo di Laveran.**

L'Istituto Pasteur di Parigi ha festeggiato il 77° compleanno del prof. Laveran. La festa ha avuto forma intima.

**I soci tedeschi all'Accademia medica di Parigi.**

L'Accademia medica di Parigi, adunatasi in Comitato segreto, deliberava di radiare i soci tedeschi firmatari del manifesto degli intellettuali, proff. v. Roentgen, v. Behring, Fischer ed Ehrlich.

**Il patriottismo dei medici austriaci.**

A Vienna ha fatto molta impressione un nuovo scandalo scoperto dalla polizia austriaca e che ha portato all'arresto di numerosi ufficiali medici e di parecchi avvocati della Galizia. Gli ufficiali medici accordavano, verso pagamento, sotto varî pretesti, l'esenzione dal servizio militare a gente che invece sarebbe stata abile e avrebbe dovuto presentarsi ai rispettivi distretti.

**Il tifo esantematico in Germania.**

Secondo la «Münch. mediz. Wochenschrift», durante la quindicina chiusa il 5 giugno vi furono 23 casi di tifo esantematico in 14 diverse località della Germania, tutti in militari tedeschi od in persone addette ai campi dei prigionieri. La malattia è presente in diciotto di questi campi (*Journal A. M. A.*).

**Il colera a Vienna.**

Si ha da Zurigo, 3 agosto:

Il colera comincia a destare preoccupazioni a Vienna, tanto vero che mentre sino a pochi giorni fa i giornali erano costretti a ignorarne l'esistenza, ora improvvisamete si sono messi a pubblicare tutti i giorni i bollettini degli uffici sanitari centrali. In questi bollettini sono segnalati nuovi casi che vengono constatati ogni giorno e che raggiungono in media la cifra di 300. Nell'ultimo bollettino del giorno 30 luglio sono segnalati 309 casi di colera. Naturalmente in questa cifra non sono compresi i casi constatati in Ungheria, dove l'epidemia è molto più forte.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXII. *Roma, 15 agosto 1915* Fasc. 33

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

## Traumi di guerra dell'orecchio

per il prof. GHERARDO FERRERI

direttore delll[a] R. Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, colonnello ispettore medico principale della Croce Rossa.

PREFAZIONE

Il principale valore di un medico militare è di possedere la somma possibile di cognizioni che possono essere utilizzate di urgenza. Egli deve dunque conoscere quel tanto della specialità che valga a farlo orientare tanto nei casi gravi come in quei lievi.

Nelle trasformazioni che hanno subìto i fatti d'armi nelle ultime guerre è aumentato il numero delle ferite del cranio e quindi degli organi di senso; per cui la chirurgia dell'orecchio ha acquistato sempre più importanza. Mentre nei vecchi trattati di chirurgia di guerra questo capitolo era trascurato, ora viene anche dai chirurghi generici tenuto in considerazione. Le stesse autorità militari hanno creduto di chiamare nelle grandi unità sanitarie competenti specialisti otojatri, potendo la pratica della tecnica speciale riuscire utile in molti interventi che praticati secondo le regole della Medicina operatoria descrittiva erano una volta definiti *amenità macabre.*

I traumatismi dell'orecchio hanno dal punto di vista militare non solo importanza chirurgica, ma amministrativa per la definizione delle indennità in rapporto ai disturbi residuali inibenti certe professioni, come per es. le vertigini.

Deve essere assegnato ad onore della letteratura chirurgica italiana l'accennare che fino dal XVI° secolo alcuni italiani trattarono delle ferite d'arma da fuoco comprese quelle dell'orecchio. Il primo che scrisse un'opera espressa sulle ferite d'arma da fuoco fu Alfonso Ferri (*De Sclopaetorum sive archibusorum*). Altro scrittore originale in tale materia e superiore al Ferri ed a tutti i contemporanei e successori fu Bartolomeo Mazzi (*De vulnerum bombardorum et sclopaetorum*). Tra l'altre cose dà questi consigli utili: « Sebbene le palle non sieno maligne si debbono estrarre dal primo giorno; che se poi siano penetrate molto profondamente si farà una controapertura alla parete corrispondente.

Peggiori delle stesse palle sono i frammenti delle vesti ed altri corpi estranei e si debbono assolutamente togliere dalle ferite. Le palle rimaste incastrate nelle ossa si debbono estrarre con piccolo trapano che si fa agire dentro una canula ».

Anche Marcello Cumano, Giovanni Da Vigo, Ambrogio Pareo, Berengario da Carpi e G. F. Rota hanno dato precetti per le armi da fuoco sia nelle ferite del cranio che dell'orecchio.

Scarsa è la messe di notizie che si raccoglie sui traumi dell'organo acustico riportati in guerra e specialmente per arma da fuoco nei trattati classici del secolo XVIII° e XIX°, sopratutto quelli famosi pubblicati nel periodo Napoleonico. Solamente in poche pagine se ne trattiene Dupuytren nella sua opera classica (« *Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre* », Paris, I. B. Baillière, vol. 2, 1834).

I chirurgi che osservarono ferite dell'orecchio d'arma da fuoco nella guerra del 1870 hanno tutti dimostrato gli effetti deplorevoli che ebbero per i feriti i trasbordi effettuati nelle differenti formazioni sanitarie. Il fatto provocò numerose pubblicazioni e discussioni della Società di Chirurgia di Parigi, di cui vanno ricordati i rapporti favorevoli al precoce intervento di Berger (1888), di Picqué (1907), Sieur, Sebileau, ecc.

Si legga in proposito il breve capitolo riassuntivo di queste discussioni sulle ferite da fuoco della regione auricolare che ha scritto Auvray nel suo trattato.

Nella letteratura medica italiana moderna oltre i preziosi contributi di Avoledo e Rosati non abbiamo disgraziatamente che una casistica sparsa nei giornali, difficile a ricercarsi e da nessuno sinteticamente posta in valore. I migliori manuali di chirurgia di guerra, fra cui quello di Randone, fanno appena un breve cenno sopra le complicazioni auricolari da ferite d'arma da fuoco. Silvestrini, nel suo notevole rapporto della nostra guerra libica, sorvola su questo argomento, mentre a noi consta, come ispettori della Croce Rossa, che furono numerosissimi fra i traumi del capo quelli della regione temporo-auricolare.

Lo stesso Rho parlando dell'opera compiuta dalla R. Marina durante la guerra libica, accennando alla frequenza delle lesioni auricolari, si limita a ricordare le perforazioni traumatiche della membrana del timpano spesso associate a emorragia e commozione labirintica.

Del resto di questo scarso interesse conceduto alla chirurgia auricolare di guerra non c'è da maravigliarsi quando anche nel voluminoso rendiconto della guerra balcanica di Laurent si lamenta questo medesimo difetto di trattazione.

Fatalmente, per la trasformazione subìta dalla tattica di guerra e per la modificazione e varietà delle armi in genere, si dovrà giungere a una più esatta e completa valutazione del nostro argomento di studio. Poichè se un tempo il soldato era tanto miglior combattente in quanto più si avvicinava alla figura atletica del lottatore, il soldato moderno sarà tanto più valido alle battaglie e alla tensione delle vigili attese, per quanto eccelleranno i suoi organi di senso.

*Traumatismi del padiglione*

Non sono di poca importanza le lesioni traumatiche del padiglione di cui limiteremo l'enumerazione alle più frequenti e cioè le contusioni, le soluzioni di continuità, le fratture, l'asportazione parziale o totale per morso, strappamento o arma da taglio, gli otoematomi e infine tutti quei disturbi di circolo e d'innervazione provocati da abbassamento di temperatura. Per sua buona sorte il padiglione dell'orecchio è un'appendice dotata di così ricca rete di vasi e di nervi che può resistere alle maggiori peripezie traumatiche in modo che vedremo persino alle volte ferite lacere e porzioni quasi del tutto distaccate saldarsi di prima intenzione. Per la stessa ragione bisogna star sempre bene accorti ad una accurata disinfezione delle ferite del padiglione per evitare ch'esse siano punto di partenza di complicazioni gravi infettive dell'organismo (eresipela, tetano, trombo-flebiti, cangrena gassosa ecc.).

La forma più grave di contusione del padiglione è l'otoematoma costituito da uno stravaso di sangue non solo fra il pericondrio e la cartilagine, ma nella stessa trama della cartilagine. In principio, nel posto delle depressioni normali del padiglione, anteriormente, si forma un rigonfiamento fluttuante di colorito rosso bluastro, ma poi lo stravaso e la deformità possono assumere maggiori proporzioni. In guerra l'otoematoma è per lo più unilaterale, mentre quello che con relativa frequenza si riscontra nei pazzi agitati è bilaterale. Ciò è in rapporto sia con speciali modalità del traumatismo nei dementi, sia con particolari alterazioni trofiche di origine centrale nella struttura istologica della cartilagine. L'otoematoma nei soldati può essere prodotto da colpi diretti (calcio di fucile, colluttazione, cadute, pressione continuata del padiglione nel profondo sonno, proiettili morti di fucile, shrapnell, schegge di materiali ecc.).

Negli otoematomi il medico militare che deve prestare i primi soccorsi abbia presente che nel maggiore numero dei casi lo stravaso sanguigno, se non avvenga infezione del suo contenuto, tende ad organizzarsi rimanendo però sempre anche nei casi più favorevoli una deformità nella parte superiore del padiglione, fatto già conosciuto *ab antiquo*. Le statue romane che rappresentano i gladiatori hanno i padiglioni aurico-

lari d'aspetto globoso al posto dei rilievi dell'elice ed antelice. La guarigione viene sempre in seguito ad un ispessimento connettivale più o meno notevole. Dopo che si sarà lo stravaso ematico da prima convertito in un siero citrino e sterile, si riassorbirà lentamente lasciando sempre il pericondrio distaccato dalla cartilagine. Dalla chirurgia d'urgenza deve essere bandita la immediata puntura evacuatrice a scopo curativo dell'otoematoma; perchè nonostante le maggiori precauzioni antisettiche praticate, trattandosi di tessuti considerevolmente contusi con abrasioni e scalfitture settiche dell'epidermide e talora anche frattura della stessa cartilagine, si andrà incontro quasi sempre ad una reazione flemmonosa di lunga durata avente per esito finale una deformità maggiore che si sarebbe avuta da una cura aspettante.

La cura più razionale degli otoematomi in primo tempo sarà di disinfettare accuratamente le scalfitture superficiali della pelle e spalmare con la tintura di iodio l'intera superficie del padiglione e avvolgerlo in un cuscinetto di ovatta tenuto fisso con opportuno bendaggio in modo che il malato poggiando la testa sul lato colpito non abbia a sentire dolore. Solo dopo qualche tempo si raccomanderà un massaggio moderato per sollecitare il riassorbimento dello stravaso. Le punture evacuatrici, le iniezioni di liquidi irritanti e risolventi, l'ampia incisione della sacca ematica seguita da escissione delle pareti e sutura saranno riservate agli ospedali e alle cliniche dove tali operazioni possono essere fatte con la maggiore calma e ponderazione.

Le contusioni del padiglione non sempre portano alla formazione dell'otoematoma; quando l'organo resta violentemente compresso in posizione viziata si determinano delle linee di frattura nei punti dove più specialmente si depositano i sali calcarei negli individui artritici e gottosi. Disinfettato il padiglione, purchè il caso si presenti entro 24 ore dacchè il trauma fu subìto, il trattamento consisterà nell'applicazione locale della borsa di ghiaccio seguìta da delicata compressione per evitare che si effonda del sangue sul punto fratturato della cartilagine. Si eviterà in tal guisa che possa svilupparsi una condro-pericondrite flemmonosa seguìta alle volte da necrosi della cartilagine; sopraggiunta una tale complicazione saremo forzati ad intervenire con una incisione conforme alle pieghe naturali del padiglione per evitare seni fistolosi, cicatrici deformanti, ecc. Riscontrando poi la cartilagine necrosata la escideremo fino a giungere ai tessuti sani.

Fra i più svariati traumi di guerra del padiglione nelle ultime conflagrazioni si sono resi sempre più comuni quelli prodotti da agenti chimici e termici, i quali possono in vario grado estendersi dalle semplici ustioni e perdita di sostanza più o meno profonda fino alla perdita totale del padiglione.

Nelle ustioni da materie esplosive il trattamento, eliminate le zone necrotiche, consisterà nello spargere sulla superficie del padiglione polveri di iodoformio e cumarina, vioformio, aristolo, acido borico porfirizzato, dermatolo, ecc.; quando esistono flittene, eritemi umidi, ecc. il linimento calcare.

Il freddo intenso può determinare alterazioni simili a quelle degli agenti escarotici sia chimici che potenziali. Allorchè soccorreremo immediatamente un paziente sorpreso da congelamento del padiglione auricolare, la prima cura sarà quella di portarlo gradualmente alla normale temperatura, applicando sulla parte del ghiaccio e poi dell'acqua fredda, quindi impacchi freddi che si andranno mano mano riscaldando onde evitare un improvviso disturbo di circolo della parte assiderata. In definitiva il congelamento del padiglione, se non si saranno avute le precauzioni ora accennate, sarà seguìto da condropericondrite, necrosi della cartilagine e formazione di seni fistolosi e cicatrici deformanti.

Se i soldati colpiti da congelamento del padiglione si presenteranno al medico quando già i tessuti sono in gran parte asfittici ci limiteremo a cospargerlo di iodoformio, vioformio, ecc. in polvere e di coprirlo di una medicatura asettica, riservando le ulteriori cure quando essi siano internati negli ospedali.

Non sono da trascurarsi le morsicature del padiglione che spesso si riscontrano nelle guerriglie a corpo a corpo in montagna; queste ferite contuse sono assai più gravi delle altre, perchè settiche fin dal principio e seguite per lo più da sfacelo gangrenoso della pelle, da necrosi della cartilagine e da cicatrici deformanti. Per vendetta sono assai frequenti a riscontrarsi nel Tirolo tedesco e in Sicilia, come ce ne dà esempio nella « Cavalleria Rusticana » Turiddu che sfida Alfio. Le morsicature fanno correre inoltre il rischio d'essere la porta d'ingresso della sifilide, dimodochè al primo dubbio sarà opportuno procedere alla reazione del Wassermann.

Sono comunissime nei combattimenti d'avamposti, nella guerriglia di montagna, negli attacchi alla baionetta e nello scontro della cavalleria le ferite del padiglione da punta e da taglio. A meno che le armi siano inquinate queste ferite del padiglione, come succede per solito nei duelli, guariscono in genere molto bene e rapidamente facendo subito la sutura delle parti

distaccate con la più rigorosa antisepsi. Si racconta di casi nei quali si ebbe un successo completo dalla pronta sutura di un padiglione interamente sezionato. Nella chirurgia d'urgenza di guerra sarà un obbligo suturare subito il padiglione in gran parte o totalmente sezionato, inquantochè tale mutilazione oltre avere un carattere antiestetico può ridurre notevolmente l'udito per la successiva retrazione del meato.

*Traumatismi del condotto uditivo esterno*

Il condotto esterno dal punto di vista traumatologico merita speciale attenzione perchè non solo il pronto soccorso spesso salverà il soldato da ulteriori gravi complicazioni, ma lo restituirà immediatamente fra le file combattenti.

Cosa più comune ad avversarsi è la penetrazione nel condotto uditivo esterno di terriccio o di corpi stranieri puntuti per scoppio in vicinanza di granate, obici, ecc. In questo caso ora esisterà il semplice tamponamento del condotto e tal'altra delle lesioni delle pareti. Lo scoppio improvviso di un cannone vicino può dar luogo ad una improvvisa sordità dovuta allo spostamento di un tampone ceruminoso fino a cacciarlo contro alla membrana del timpano. Non s'indugerà, dopo aver versato nel condotto uditivo qualche goccia di acqua ossigenata o di soluzione iodica all'1 %, ad eseguire il lavaggio forzato con acqua calda sterilizzata. L'instrumento che useremo sarà una siringa a tre anelli con estremo a punta d'arresto per non ferire il condotto uditivo. Sollevando il padiglione in alto e indietro si raddrizza la porzione cartilaginea del condotto e s'introduce il becco della siringa lungo la parete superiore che è la più corta, sicchè il getto d'acqua possa raggiungere più presto lo spazio interposto fra la membrana del timpano e la parete posteriore del tampone che verrà così respinto in fuori.

Nel condotto uditivo, fra i soldati costretti a dormire sul terreno, sulla paglia e in locali poco igienici, è molto comune la penetrazione di corpi estranei che vanno divisi in due classi, organici ed inorganici. Dei primi è infinito il numero e soltanto ricorderemo che il loro interesse per noi si riduce alla più o meno facilità con cui potranno essere rimossi e a lesioni che con le loro asprezze, con la loro irregolarità di superficie, consistenza, facilità di aumentare di volume e decomporsi arrecheranno alle pareti del condotto. Fra i corpi stranieri organici i più pericolosi vanno annoverati gli insetti che con il loro pungiglione, con i loro movimenti e col deposito delle uova costituiscono una condizione morbosa talvolta così grave da rendere inabile il soldato alle sue funzioni. L'esame otoscopico rivelerà la presenza del corpo straniero e in che condizioni si trovi il condotto uditivo, essendo questa la base fondamentale su cui deve escogitarsi l'abilità del chirurgo.

Quando si tratti di insetti si uccidano sia con instillazioni di olio mentolato 1 % o di glicerina, che sovente li portano a galla, sia introducendo per pochi minuti del cotone imbevuto d'etere solforico o di cloroformio.

In genere sarà sufficiente un getto d'acqua a sloggiare il corpo straniero dal condotto; ma quando si tratti di semi e sostanze vegetali ruvide e fornite di barbe o di piccoli corpi rotondi penetrati a considerevole profondità, non sempre si riesce con un getto d'acqua a liberare i pazienti ed anzi si correrà il rischio di spingerli contro la membrana e perfino nella cassa timpanica qualora il timpano per pregresse flogosi non avesse la normale resistenza o presentasse una vecchia perforazione. Si abbia l'avvertenza di ricordare sempre ai medici che una mal destra estrazione di corpi stranieri dal condotto uditivo esterno fu molte volte cagione di profuse suppurazioni della cassa con risentimento delle cellule mastoidee, fenomeni di compressione labirintica e persino di complicazioni intracraniche mortali.

Due regole, che non saranno mai abbastanza raccomandate, son quelle di non accingersi a qualsiasi tentativo di estrazione alla cieca, senza il controllo dello specchio e di assicurare in precedenza una perfetta disinfezione delle pareti del condotto, soprattutto se esse furono traumatizzate dalla presenza del corpo straniero.

Non si deve rinunziare alle iniezioni anche quando i primi tentativi non riescono. Se il corpo straniero è ben tollerato e si tratta semplicemente ch'esso sia piccolo e incastrato nel seno di Meyer, dopo avere per uno o due giorni instillato ripetutamente dell'alcool assoluto per retrarre le pareti del condotto, ripeteremo con pazienza il lavaggio. Se invece il corpo straniero è aderente alle pareti per cerume o fissato da tumefazioni o ulcerazioni delle pareti del condotto, instilleremo nel primo caso dell'acqua ossigenata e boro-glicerina o glicerina neutra, nel secondo combatteremo la flogosi con instillazioni di soluzione alcoolica di cocaina e adrenalina innanzi di rinnovare la siringatura.

Allorchè questi tentativi ripetuti sieno riusciti infruttuosi o si sospetti che la presenza del corpo straniero fu seguita da un'otite media con ritenzione di pus, si ricorrerà all'estrazione per le vie naturali mediante opportuni strumenti sotto l'anestesia locale, iniettando nel condotto una soluzione forte di cocaina e novocaina per

insensibilizzare la membrana e polverizzando il bromuro di etile nel meato. Siccome occorre un'immobilità assoluta per qualsiasi manovra, qualora i malati sieno insofferenti si ricorrerà al cloroformio. Allora con una buona sorgente luminosa, sotto la guida dello specchio e dopo aver introdotto lo speculum nel meato, con grande sicurezza di mano e molta delicatezza di manovra tenteremo, a seconda della natura e della superficie del corpo straniero, di estrarlo con le pinze di Duplay, di Sexton e quelle articolate di Mahu, con *crochet* smussi e piegati ad angolo retto, con serranodi e via dicendo.

Malauguratamente capita nella pratica medica militare di dovere estrarre dal condotto uditivo corpi stranieri puntuti metallici e schegge di proiettili conficcati nelle pareti ossee in vicinanza dell'anulo timpanico e che avendo trascinati materiali settici minacciano di produrre un'otite grave, una mastoidite ed altri accidenti infettivi. Occorre non più indugiare in vani tentativi di estrazione per le vie naturali, ma affrettarsi a liberare i pazienti dal proiettile dalla via esterna col metodo di Paolo d'Egina, senza inviarli agli ospedali di tappa o delle retrovie dove potrebbero giungere già con complicanze cerebrali. Cloroformizzato il paziente o fatta l'anestesia locale con l'iniezione sottocutanea alla periferia dell'attacco del padiglione e sulla regione mastoidea, si farà un'incisione nel solco retro auricolare fino all'osso e lo scollamento con lo stacca-periostio del condotto uditivo membranoso. Quindi si seziona trasversalmente e perpendicolarmente il condotto uditivo membranoso rasente alla porzione ossea di esso. Si rovescia in avanti con un divaricatore smusso tanto il padiglione che la parete posteriore del condotto membranoso. Sarà allora relativamente facile l'estrazione del corpo straniero con una pinza o una leva. L'ultimo tempo dell'operazione consiste nella sutura della ferita retroauricolare, introducendo nel meato una lunga striscia di garza a tampone forzato onde impedire una retrazione cicatriziale dei due labbri dell'incisione del condotto.

La porzione ossea del condotto uditivo esterno va soggetta a fratture tanto direttamente quanto per contraccolpo, le prime quasi sempre dovute a colpi, a cadute sul mento, le seconde agli stessi traumi sulla testa. La parte anteriore del condotto uditivo esterno è molto sottile e fragile e nella sua parte esterna contribuisce alla formazione della cavità glenoide dove si articola il condilo del mascellare inferiore. Basta che il condilo sia con una certa violenza spinto contro il condotto, perchè se ne fratturi la parete ossea anteriore. Avvenuto il trauma si riscontrerà una notevole riduzione di calibro del condotto, un'anormale sporgenza della sua parete anteriore, talora anche soluzione di continuità delle parti molli ed otorragia con dolore e difficoltà dei movimenti nell'articolazione della mandibola, nella masticazione e fonazione.

Frequentemente la frattura è bilaterale con propagazione più o meno a distanza, vuoi che sia solo interessato il cerchio osseo timpanale con lacerazione della stessa membrana, vuoi che sia compromessa anche la rocca petrosa. Mentre nella semplice frattura del condotto uditivo esterno la prognosi è favorevole e l'incapacità al servizio militare di breve durata (Politzer la calcola al *maximum* di 20 giorni), quando si complichi la frattura della rocca petrosa le riserve sull'esito non saranno mai a sufficienza caute riguardo alla funzione statica e alle complicazioni intracraniche. La prognosi sarà molto più riservata nelle fratture indirette del condotto uditivo determinatesi in seguito a colpi e cadute sulla testa, poichè è quasi trascurabile la lesione delle pareti ossee del condotto di fronte a quelle della rocca petrosa.

La condotta del chirurgo sarà differente nelle fratture semplici e complicate della porzione ossea del condotto uditivo. Nelle prime, dopo avere ridotto il condilo nella cavità glenoidea, si tampona il canale uditivo esterno e si immobilizza la mascella inferiore con opportuno bendaggio, provvedendo alla nutrizione del paziente con la sonda esofagea. Nelle seconde il giudizio se si debba o no intervenire chirurgicamente deve dipendere da molte considerazioni. Se si noti emorragia nel condotto uditivo con lacerazione della membrana, scolo di liquido cefalo-rachidiano, paralisi di alcuni nervi della base (facciale, oculo-motore, trigemino), coma seguìto da vertigini, rumori, sordità, s'impone la regola di prevenire l'infezione meningea, ciò che si ottiene ponendo il paziente in assoluto riposo e non praticando alcun intervento locale, nemmeno la minima esplorazione, disinfezione del condotto, insufflazioni, lavaggio.

L'intervento chirurgico non sarà consigliabile che dalla necessità in secondo tempo di combattere un'infezione consecutiva alla frattura, vuoi per stabilire la sede della complicazione (mastoide, labirinto, cavità intracranica), vuoi per curare i postumi della lesione traumatica come ad esempio la paralisi dell'oculo-motore, i fenomeni di compressione labirintica, la paralisi del faciale (apertura della cassa e dell'apofisi mastoidea per decomprimere il nervo, oppure anastomosi del VII° col grande ipoglosso e lo spinale). Queste operazioni però non saranno mai da consigliarsi nè alle sezioni di sanità, nè agli ospe-

dali da campo, dove manca la calma per interventi così gravi ed importanti dal punto di vista dell'esito immediato della funzionalità.

*Traumatismi della membrana del timpano*

Le ferite della membrana del timpano sono frequentissime nei soldati, distinguendosi quelle prodotte da azione diretta ed indiretta. Non sapremmo invero dire quali prevalgano all'esame dei chirurgi militari, ma per ordine di narrazione parleremo innanzi delle dirette, che consistono ora in corpi stranieri che già erano nel condotto e che una compressione brusca dell'aria caccia con violenza contro il timpano, ora in colpi vulneranti penetrati dall'esterno (schegge di proiettili, di pietra, sostanze caustiche, ecc.), ora nella violenta compressione dell'aria entro il condotto determinata da schiaffi, pugni, colpi di calcio di fucile, proiettili morti che colpirono l'orecchio. Le detonazioni ed esplosioni che da vicino e inaspettatamente hanno sorpreso un soldato sono eziandio capaci di lacerare la membrana del timpano in seguito alla rapida condensazione dell'aria nel condotto non equilibrata dall'accorta avvertenza del colpito di aver pervia la tromba di Eustachio.

La membrana cede tanto più facilmente, quanto è stata più o meno lesa in precedenza, poichè le cicatrici ne riducono la resistenza e l'urto si estrinseca negli strati assottigliati di essa. La rottura di un timpano normale è più rara, la sua elasticità proteggendola assai bene dallo scoppio e quando si verifica la forza viva della spinta aerea è in gran parte assorbita dallo sforzo della lacerazione, dimodochè la commozione labirintica o non avviene o è assai leggera. Invece le membrane timpaniche che per precedenti malattie presentano cicatrici ed hanno perduto l'elasticità normale offrono scarsa resistenza alla forza viva della spinta aerea e il labirinto subisce una commozione più forte se non esiste un'anchilosi provvidenziale della catena degli ossicini che impedisca l'urto compressivo.

Avvenuta la rottura della membrana, i sintomi più manifesti sono: la fuoriuscita di qualche goccia di sangue dal condotto uditivo, il dolore improvviso, un rumore sordo, l'ipoacusia. Spesso le sofferenze sono così acute da produrre un'istantanea sincope, ma di breve durata. Giunti i soldati all'ambulanza è di precetto non far nulla senza aver fatto l'esame otoscopico, il quale a seconda del tempo passato dal traumatismo farà scorgere ora sangue rutilante, ora gemizio di sangue, ora un coagulo, ora una crosticina ematica che maschera il timpano.

Asportati a secco i residui dell'emorragia dal condotto la membrana presenterà i due aspetti seguenti:

*a*) Se essa era normale prima del trauma, la lacerazione lineare segue per lo più la direzione delle fibre radiate con sede in vicinanza dell'umbo, a margini infiltrati.

*b*) Se il timpano era già alterato, le perforazioni, ora rotonde, ora ovali, ora irregolari e spesso multiple con margini lisci e infiltrati di masse calcaree, fanno pensare ch'esse si siano prodotte nelle zone atrofiche e cicatriziali.

La prognosi delle perforazioni traumatiche della membrana è in genere buona purchè la terapia sia astensionista. Il trattamento dunque consisterà in un tampone di cotone o meglio di garza sterile a scopo emostatico nel condotto proscrivendo nel modo più assoluto le lavande e le instillazioni antisettiche. Non attenendosi a questo modo, l'otologo diventerà più pericoloso del nemico, poichè una perforazione della membrana mal curata può essere seguita da otorrea con il corteo di tutte le sue complicazioni.

Dopo un mese di riposo un soldato colpito da rottura traumatica della membrana sana può tornare al fronte. Se invece la perforazione o persiste o ha colpito una membrana già precedentemente lesa converrà destinare il malato ad un ufficio più che alle trincee. Nelle lesioni traumatiche della membrana in cui persista una perforazione con diminuita acutezza dell'udito e con probabilità di infezioni della cassa, quando i soldati troppo presto riprendono servizio, sarà utile appoggiare sul timpano un disco di pellicola d'uovo che da un lato aumenterà la resistenza della membrana e farà da trasmettitore dei suoni e dall'altro ostacolerà la penetrazione di materiali settici dal condotto uditivo nell'orecchio medio.

Per un altro meccanismo la membrana del timpano, sia in condizioni normali che patologiche, può lacerarsi, cioè per rapida decompressione dell'aria entro il condotto, negli aviatori, negli aereostieri e negli alpini; in questi combattenti è capitato talvolta di riscontrare che per un semplice colpo di tosse o di sternuto o di tentato suono di trombetta la resistenza della membrana cedette lacerandosi. In genere sono soldati che anteriormente avevano avuto malata la membrana e in loro capita lo stesso fatto che alle volte si avvera coi comuni apparecchi di massaggi e con l'esperimento del Valsalva, la pera di Politzer, il cateterismo della tromba e persino facendo scattare un bacio improvvisamente nel condotto uditivo.

Come innanzi dicemmo, le lacerazioni della membrana del timpano possono avverarsi improvvisamente in tutti i traumatismi del cranio, specialmente nelle fratture della rocca con partecipazione del cerchio osseo timpanale. Vi sono tuttavia anche dei casi in cui in seguito a colpi inferti sulla testa le forti vibrazioni trasmesse attraverso le ossa si limitarono semplicemente a lacerare la membrana e in questo caso sovente si noterà il distacco completo di essa al punto d'inserzione del cerchio timpanale.

Sarà bene essere avvisati che ancor più durante la guerra che in tempo di pace i medici militari dovranno essere in grado di smascherare i simulatori. Generalmente dopo i primi 3 o 4 giorni che sia avvenuto il trauma, la diagnosi di lacerazione traumatica della membrana è facile. Dietro il consiglio di Politzer terremo conto di un sintomo che ci potrà dare la prova di Valsalva: qualora la membrana era del tutto sana si sentirà un soffio molto largo e profondo; ma se invece essa era già compromessa da precedenti cicatrici, zone atrofiche e con otorrea in atto si sentiranno dei rantoli crepitanti e gorgoglianti. (*Continua*).

---

# LETTERE DAL CAMPO.

## Il trasporto dei feriti nella guerra in montagna.

Il problema del trasporto dei feriti in alta montagna, ove spesso le strade si riducono, quando esistono, a poco praticabili mulattiere, è stato assai genialmente risolto dal direttore dei Servizi sanitari della .... Divisione, maggior Riva, e dagli ufficiali medici della Sezione di Sanità divisionale.

Coi mezzi ordinarî, con le comuni barelle, sei portaferiti sono infatti appena sufficienti ad eseguire il malagevole trasporto in discesa: si sa d'altronde quanto tale personale sia in numero limitato, ed è ovvio comprendere come difficile riuscirebbe trasportare in tal modo sollecitamente un ingente numero di feriti dalle vette alpine, ove avvengono i combattimenti, alle strade rotabili della valle.

Il mezzo prescelto è stato quindi un sistema prettamente locale, quello cioè di una specie di *slitta* assai usata in queste regioni.

Trattasi di un veicolo molto semplice e primitivo, composto, nella sua parte essenziale, di due tronconi di abete ricurvi ad un estremo e mantenuti solidamente paralleli da assi trasversali dello stesso legno. Le traverse servono di sopporto ad una o due tavole sulle quali si posa il carico che la slitta deve portare (figura 1).

Con l'aggiunta di una sala a due ruote e di un piccolo timone, la slitta si trasforma facilmente in un leggero carrello, quando debba percorrere strade rotabili.

Sui declivi molto ripidi, siano essi ricoperti di zolle erbose o di neve, la slitta viene guidata da un portaferiti, che si mette avanti ad essa, appoggiando le due stanghe ricurve contro il proprio dorso e, nelle forti pendenze, riesce quando occorra, a frenarla facilmente, puntando i talloni al suolo. Del resto, per maggior sicurezza, un secondo portaferiti segue la slitta e la trattiene con una corda legata posteriormente (fig. 2).

A bordo della slitta si mettono a sedere, o a cavalcioni, da uno a tre feriti, avendo cura che il meno grave si collochi posteriormente e sostenga quello più grave. In casi speciali si può invece mettere sull'asse un ferito semidisteso, sostenuto posteriormente da un portaferiti.

Sulla slitta si può anche adattare una barella da montagna di quelle a tipo pieghevole, la cui parte posteriore viene mantenuta in maggiore o minor semiflessione secondo il bisogno, mediante una corda o con cinghia reggibarella, fissata alle stanghe della parte anteriore.

Questo sistema serve ottimamente anche per trasporti di una certa lunghezza su vie rotabili. Allora naturalmente sotto la slitta si aggiunge il carretto che può venir tirato da un somarello, ed una copertura costituita da un telo da tenda o da altro mezzo, vien sostenuta da due fili di ferro o da due funicelle legate longitudinalmente fra le estremità delle stanghe posteriori della barella e le stanghe curve anteriori della slitta (fig. 3).

In mancanza di barella si può utilizzare un telo resistente fissato tra due bastoni trasversali: l'anteriore inchiodato trasversalmente alle stanghe della slitta, il posteriore alquanto elevato sul piano di essa, mediante due sostegni inchiodati sul bordo posteriore.

Il telo resta in tal caso sospeso a mo' di *amaka* ed il ferito non subisce nel trasporto notevoli scosse.

Con tale semplice mezzo, molto facile a procurarsi nelle regioni alpine, perchè ogni casolare possiede uno o due di questi primitivi e pur utilissimi veicoli che servono ordinariamente a trasportare la legna, si è riusciti ad attuare rapidamente lo sgombero di feriti caduti su alture poco accessibili, che son giunti così alle formazioni sanitarie di pianura in soddisfacentissime condizioni.

Capitano med. E. MENDES.

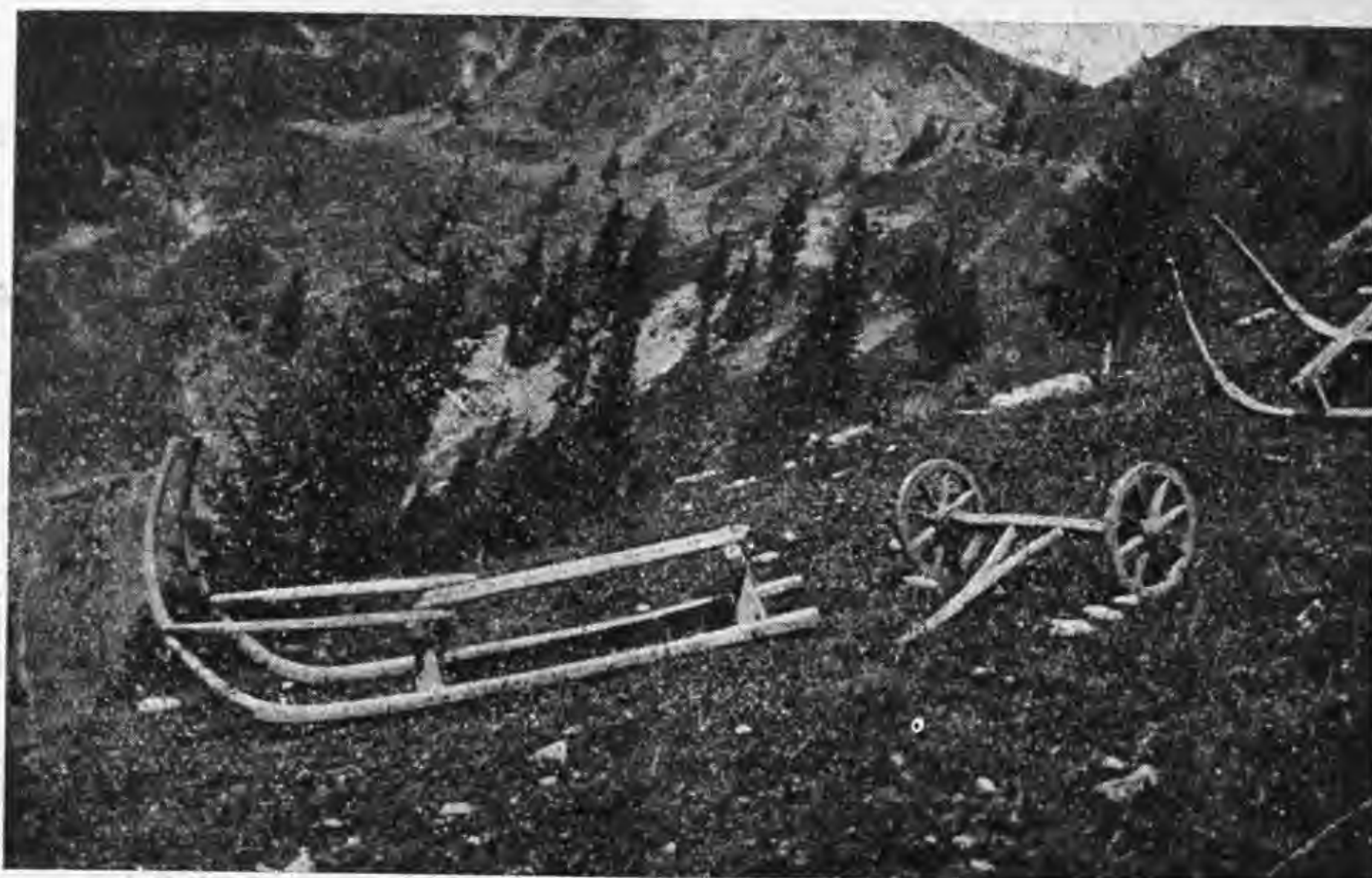



Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

# SUNTI E RASSEGNE.

## NEUROLOGIA.

### Le lesioni dei grandi tronchi nervosi in guerra.

(DEJERINE e MOUZON. *La Presse Médicale*, 1915, n. 20).

La frequenza dei traumatismi dei grandi tronchi nervosi degli arti durante la guerra attuale ha indotti chirurgi e neurologi a porsi la questione delle indicazioni operatorie: conviene operare? quando bisogna operare? quale è il contegno da tenere di fronte a questa o quella lesione?

L'esame clinico minuzioso permette sempre di rispondere a queste domande, senza introdurre nell'atto operatorio delle complicazioni superflue o delle manovre esploratrici pericolose. In effetti è sempre possibile apprezzare praticamente il valore funzionale del nervo leso, il decorso e le condizioni della sua restaurazione. I complessi sintomatici che gli AA. hanno potuto osservare si raggruppano tutti sotto un certo numero di sindromi:

1° *la sindrome d'interruzione;*

2° *la sindrome di compressione;*

3° *la sindrome di irritazione;*

4° *la sindrome di restaurazione,* che può seguire a ciascuna delle precedenti.

Ciascuna di queste sindromi richiede un trattamento terapeutico speciale.

D'altra parte ciascuna di esse può interessare tutto il territorio innervato dal nervo al disotto della sua lesione, o interessarne solo una parte quando il traumatismo non ha leso che una parte delle fibre nervose. In quest'ultimo caso si osservano quadri clinici molto rarî, che possono anche designarsi col nome di *sindromi dissociate*. Queste sono molto frequenti e sono interessanti per lo studio delle localizzazioni fascicolari nei nervi periferici.

In questo primo articolo gli AA. trattano la sindrome d'interruzione completa, che è la meglio caratterizzata, e la sindrome di restaurazione, il cui valore certo si può apprezzare solo quando essa segue alla interruzione totale di un tronco nervoso. In un secondo articolo tratteranno le sindromi di compressione, d'irritazione e quelle dissociate.

La sindrome d'interruzione completa del nervo si ha quando la lesione impedisce a tutti i cilindrassi del moncone prossimale di continuarsi in quello distale, e ciò qualunque sia l'aspetto macroscopico delle lesioni. Questa interruzione ha per conseguenza e per caratteristica l'abolizione di tutte le funzioni del nervo.

A) GLI ELEMENTI CLINICI DELLA SINDROME sono:

1° *I sintomi muscolari*: paralisi completa, assenza completa di tonicità, assenza di dolori alla pressione delle masse muscolari.

*a*) La paralisi è completa quando non si constata alcuna contrazione volontaria in nessuno dei muscoli innervati dal nervo al disotto della sua lesione. È necessario di fare questo esame muscolo per muscolo a mezzo della vista e della palpazione durante i movimenti attivi e quelli di resistenza. Non basta fare l'analisi dei differenti movimenti di ciascun segmento dell'arto, e della forza con la quale questi movimenti possono essere eseguiti, perchè possono intervenire muscoli vicini per supplire al muscolo principale paralizzato.

*b*) L'assenza completa di tonicità si manifesta con la mollezza e la flaccidità delle masse muscolari alla palpazione, flaccidità che può esistere anche senza amiotrofia importante, che è più precoce di questa amiotrofia, e che non è sempre associata ad essa; l'atrofia musculare del resto, come è noto, non sopravviene che dopo qualche tempo. La mancanza di tonicità si manifesta anche con l'attitudine dell'arto in riposo, attitudine dovuta alla tonicità dei muscoli antagonisti: la mano è più cadente, più penzolante in una paralisi radiale per interruzione completa del nervo che in una paralisi radiale da compressione, anche quando l'impotenza muscolare è ugualmente completa nei due casi; in un individuo normale è necessario uno sforzo dei flessori per riprodurre una flessione della mano analoga a quella che si ha in individui con lesione completa del radiale .Il piede varo equino eccessivo, il piede penzolante, la mano ad artiglio, la mano di scimmia hanno un significato analogo nelle lesioni di ciascuno dei nervi corrispondenti. Quanto all'ampiezza esagerata dei movimenti volontarî e passivi in senso opposto all'azione dei muscoli paralizzati, è possibile che essa sia in rapporto anche con la lassezza dei ligamenti articolari.

In un gran numero di casi gli AA. hanno osservato anche un'esagerazione dei riflessi in rapporto ai muscoli antagonisti, il che sembra ugualmente dovuto alla prevalenza dell'azione tonica di questi muscoli. L'atonia può mancare quando il nervo sezionato è in via di restaurazione spontanea, D'altra parte essa non è un segno sufficiente d'interruzione perchè la si può constatare in certe paralisi da compressione ed anche nelle paralisi radiali da gruccie nelle quali il nervo è spesso leso profondamente.

*c*) L'assenza di ogni dolore alla pressione delle masse muscolari coincidente con una paralisi completa e con l'atonia costituisce il segno più caratteristico della interruzione completa del nervo. In generale i muscoli paralizzati sono meno dolorosi alla pressione profonda che i muscoli simmetrici del lato sano: v'ha non solo analgesia, ma anestesia muscolare alla pressione.

Di regola l'analgesia muscolare persiste, anche quando la rigenerazione si produce e fa sparire gli altri sintomi della interruzione completa, anche quando la tonicità e la motilità cominciano a riapparire.

A questi sintomi fondamentali, paralisi, atonia, analgesia muscolare, si aggiungono altri sintomi muscolari, che sono costanti ma non hanno una importanza specifica per la diagnosi d'interruzione nervosa;

*a*) L'abolizione dei riflessi tendinei, periostei e cutanei corrispondenti, sintomi che si constatano ugualmente nelle lesioni anche leggerissime delle vie centripete o centrifughe dei riflessi.

*b*) L'esagerazione dell'eccitabilità meccanica del muscolo per lo meno nei primi mesi dopo la ferita e fino a quando l'amiotrofia non è troppo accentuata.

*c*) Le amiotrofie, che non si saprebbero distinguere per la loro sola intensità nè dalle atrofie da lesioni irritative, nè anche talora da certe atrofie riflesse.

*d*) Certe deformazioni come il tumore dorsale del carpo nelle paralisi radiali, come il tumore dorsale del tarso nelle paralisi dello sciatico popliteo esterno: queste deformazioni sembrano generalmente essere in rapporto con l'ipotonia muscolare;

*e*) Le reazioni elettriche: la reazione degenerativa dei muscoli è sempre completa nei casi d'interruzione completa e nei quali il trauma rimonta a più di un mese. Ed appunto perchè appare solo dopo qualche tempo non è una indicazione per una diagnosi precoce. D'altra parte la sua scomparsa è ugualmente lenta: essa si attenua durante la rigenerazione solo dopo i primi fenomeni di ritorno motori o sensitivi.

L'ineccitabilità faradica o galvanica del nervo al disopra della lesione in genere si constata clinicamente con molta facilità. Si constata nei casi d'interruzione completa del nervo, ma non ne è un sintomo specifico; infatti si ha nello stesso grado nella paralisi radiale da compressione di tipo classico, che guarisce rapidamente, ed anche in certe lesioni da proiettili in guerra, che si presentano per altri riguardi come lesioni incomplete. D'altra parte la detta ineccitabilità può persistere anche quando è riapparsa la conducibilità per la sensibilità, per il tono e per la motilità volontaria. Insomma sarebbe pericoloso affidarsi a questo solo sintomo per apprezzare il valore della conduzione funzionale di un nervo. L'ineccitabilità del nervo al disotto della lesione potrebbe fornire delle indicazioni, ma essa va di pari passo con la R. D. muscolare, che si può facilmente constatare clinicamente prima della lesione.

2° *I sintomi sensitivi* sono molto più variabili. Quelli che sembrano costanti sono:

*a*) L'assenza di zone di iperestesia e di fenomeni parestesici nel territorio del nervo leso.

*b*) L'assenza di dolore alla pressione del tronco nervoso al disotto della lesione.

*c*) La stabilità dei disturbi della sensibilità obbiettiva.

*d*) La topografia dei disturbi della sensibilità che corrisponde a tutto il dominio cutaneo, osseo ed articolare innervato dal nervo al disotto della sua lesione. Infatti si constata sempre per lo meno una ipoestesia tattile, dolorifica e termica nel territorio dei rami cutanei — questa ipoestesia s'accompagna ad un allargamento dei circoli di Weber senza grandi errori di localizzazione — ed inoltre un'alterazione più o meno marcata del senso di posizione, della sensibilità ossea, vibratorio, la cui distribuzione corrisponde a quella dei rami ossei ed articolari del nervo leso.

*e*) Quanto all'intensità dei disturbi della sensibilità bisogna attribuire ad essa un valore molto limitato per la diagnosi d'interruzione nervosa completa; le supplenze a mezzo dei nervi vicini restringono sempre più i limiti delle zone d'anestesia completa; e possono anche sopprimerle completamente nel caso il nervo interrotto abbia un territorio di distribuzione cutanea molto esteso. In questi casi non esiste una vera anestesia ma solo zone di ipoestesia. Infine queste supplenze hanno una importanza variabilissima da un individuo all'altro, per modo che è impossibile stabilire uno schema assolutamente patognomonico delle zone d'anestesia completa per ciascun nervo.

*f*) I dolori spontanei ed in particolare il dolore vivo che ha potuto accompagnare la ferita sembrano variabilissimi e certo non costituiscono un segno sicuro pro o contro l'interruzione completa del nervo a livello della lesione.

3° *I disturbi trofici e vaso-motorii* sono anche essi d'importanza variabilissima. Gli AA. non hanno trovato alcun elemento che permetta di distinguerli da quelli in rapporto a lesioni irritative; ad ogni modo in queste ultime sono più

caratteristici ed acquistano talora una intensità più grande che nelle interruzioni.

B. LE LESIONI RISCONTRATE sono di due specie:

1° *Sezioni complete del nervo* con separazione netta dei due monconi, che sono talvolta retratti e allontanati l'uno dall'altro, talvolta situati allo stesso livello ma più o meno spostati lateralmente, tal'altra mantenuti a piccola distanza l'uno dalll'altro da un lembo di perinervo. Il moncone superiore termina generalmente con un rigonfiamento, un vero neuroma analogo a quello degli amputati e costituito da giovani cilindrassi, proliferati, attorcigliati ed arrestati nel loro sviluppo verso il moncone periferico. Il moncone inferiore ha qualche volta anche esso un rigonfiamento conosciuto col nome inesatto di «neuroma del moncone inferiore»: si tratta di una proliferazione fibrosa cicatriziale con produzione gliomatosa delle guaine di Schwann del moncone periferico.

2° *Tumefazioni cicatriziali*, veri *cheloidi nervosi*, che sembrano rispettare la continuità anatomica del nervo e che si manifestano unicamente con un aumento di volume ed un indurimento del tronco nervoso. Se si pratica su di essi una sezione longitudinale si osserva una colorazione bianco-giallastra, che fa contrasto sulla colorazione grigio-rosea del nervo. Si tratta di una varietà di lesioni che i chirurgi hanno frequente occasione di osservare durante le loro operazioni per lesioni dei nervi periferici per ferite in guerra.

Il termine *cheloide nervoso* risponde ad un aspetto morfologico, molto differente da quello che presentano tutte le formazioni fibrose perinervee compressive o irritative per quanto per i caratteri istologici e per i disturbi funzionali che provocano le differenze non siano molto sostanziali. In effetti nella maggioranza dei casi questi cheloidi nervosi si riscontrano nelle sindromi dissociate da interruzione nervosa parziale. Essi sono assiali, eccentrici o laterali; assiali per lo più nei casi d'interruzione completa, eccentrici o laterali nelle sindromi dissociate. Contengono sempre del tessuto fibroso disposto in una specie di nodulo cicatriziale limitato, che costituisce un vero fibroma; ma contengono anche nel moncone centrale delle fibre nervose sezionate a differente altezza.

C. LE INDICAZIONI OPERATORIE. Dal punto di vista clinico i risultati ottenuti dagli AA. sono decisamente favorevoli alla sutura in tutti i casi di sindrome d'interruzione completa del nervo.

D'altra parte, dal punto di vista istologico, le varie fasi della rigenerazione spontanea, nei casi d'interruzione nervosa da proiettili di guerra, non possono praticamente essere tenute in gran conto. Quando i due segmenti del nervo sono nettamente separati, sono in generale retratti a parecchi centimetri di distanza l'uno dall'altro o anche spostati lateralmente: in queste condizioni i giovani cilindrassi si fuorviano nel tessuto fibroso, o si raggomitolano formando il nevroma del moncone superiore. Quelli che potrebbero giungere al moncone inferiore sarebbero poco numerosi e non potrebbero dar luogo ad un lavoro di rigenerazione utile. Quando al contrario esiste un cheloide nervoso le fibre sezionate tentano un processo di rigenerazione ma la spessezza e la densità del fibroma pare che oppongano come una barriera all'accrescimento dei nuovi cilindrassi verso il moncone periferico.

Si vedono le giovani fibre sparpagliarsi, raggomitolarsi su sè stesse senza mai raggiungere il moncone periferico.

Dal punto di vista istologico, dunque, è indicato di praticare la sutura dopo resezione, secondo i casi, del nevroma del moncone centrale, del fibroma del moncone periferico o del cheloide nervoso, che eventualmente riunisce i due segmenti del nervo.

Riassumendo si può affermare *che in tutti i casi di ferita d'un nervo periferico per proiettile in guerra, nei quali si osserva clinicamente la sindrome d'interruzione completa, senza sintomi di rigenerazione, bisogna operare; qualunque siano le lesioni riscontrate bisogna resecare largamente tutto il tessuto indurito che si incontra attorno al nervo o lungo esso e suturare gli estremi dei due segmenti.*

Bisogna praticare questo intervento quando non esiste più alcun focolaio infettivo nella regione. Il migliore procedimento di sutura sembra quello impiegato da Gosset, che consiste nel riavvicinare i due monconi col catgut, poi riunire i due nevrilemi con punti di seta sottile senza interessare nè la sezione del moncone centrale, nè quella del moncone periferico. Questa tecnica ha il vantaggio di non interporre tra le due superficie di sezione alcun ostacolo al lavoro di rigenerazione: d'altra parte non si ha tra di esse un contatto troppo stretto, il che permette la libera orientazione dei cilindrassi del moncone centrale.

Se non si riesce a praticare la sutura immediata anche dopo avere isolato per un buon tratto i due monconi, la si ottiene qualche volta mediante una leggera flessione dell'arto, che si farà scomparire a poco a poco durante le settimane successive all'operazione. Altrimenti quando si tratti di un grosso tronco nervoso si tenterà la sutura allungando il moncone periferico a mezzo di sdoppiamento. Se invece il nervo è di piccolo calibro o specialmente quando il mon-

cone periferico è troppo atrofizzato si farà la sutura mediata: questa si pratica, interponendo fra i due monconi un pezzo di un nervo sensitivo o semplicemente dei fili di catgut. L'uno e gli altri faranno da guida per i cilindrassi in rigenerazione.

Qualunque sia il metodo impiegato si cercherà di far subire al moncone superiore maltrattamenti il meno che sia possibile e si cercherà di metterlo a contatto con strumenti non metallici.

Se nel corso dell'operazione si troverà tagliata una branca collaterale musculare si dovrà sempre suturarla.

La rapidità della rigenerazione è in rapporto non solo con la lunghezza del tratto che dovranno percorrere i cilindrassi, ma anche con lo stato generale del ferito ed anche col nervo leso. La restaurazione infatti sembra prodursi più presto, a lunghezza uguale, nei nervi dell'arto superiore che in quelli dell'arto inferiore.

L'elettrizzazione dei muscoli, i massaggi, i movimenti passivi e di resistenza se non esercitano alcuna influenza sulla rigenerazione del nervo, facilitano per lo meno l'utilizzazione dei primi movimenti volontarî impedendo che si accentuino i disturbi puramente muscolari.

I fenomeni capitali della sindrome di restaurazione del nervo, ottenuta con la sutura dopo sezione completa, sono quelli musculari. Tuttavia i primi sintomi di conducibilità nervosa nei casi d'interruzione sia completa che parziale sono sintomi sensitivi.

1° *I sintomi sensitivi* sono:

a) *dolori spontanei* che sopravvengono ogni 8-15 giorni e sembrano accompagnare le gittate di crescenza dei cilindrassi;

b) *dolori alla pressione dei tronchi nervosi;*

c) *il restringimento graduale delle zone disestesiche.*

2° *I sintomi musculari* sono:

a) *Il ritorno del tono musculare* è il primo segno di rigenerazione delle fibre venose musculari: si manifesta con una maggiore consistenza dei muscoli alla palpazione e sopratutto con una modificazione graduale dell'attitudine dell'arto.

b) *La contrattilità muscolare volontaria* compare più tardi. Al principio si apprezza solo un leggero gonfiamento, una tensione ed un indurimento delle masse musculari durante gli sforzi. Il ferito ha l'impressione che egli ha riacquistato il movimento perduto, ma intanto agli sforzi fatti non risponde alcun spostamento. Poi i movimenti compaiono dapprima deboli, dismetrici, incoordinati, accompagnati da tremore, per perfezionarsi gradatamente.

c) *L'assenza della conducibilità elettrica dei nervi, poi i disturbi musculari (R. D. e amiotrofie) scompaiono a poco a poco ma più tardi.*

L'esistenza di segni di rigenerazione spontanea, specialmente di parestesie e del tono musculare, costituisce in genere una controindicazione per l'intervento.

Ma quando i segni di rigenerazione riguardano solo una parte del territorio del nervo leso allora bisogna contenersi a seconda le circostanze. È necessario sorvegliare il lavoro di restaurazione esaminando il ferito di settimana in settimana; se l'interruzione nervosa persiste solo per fibre sensitive o per fibre che non incorrano un gruppo musculare importante, non si avrà il diritto di compromettere il risultato acquisito per tentare il rischio di ottenere con la sutura una rigenerazione più completa. L'intervento non sarà indicato che nel caso la rigenerazione continua a compiersi unicamente per le fibre sensitive, mentre persiste l'interruzione delle fibre musculari che hanno una maggiore importanza funzionale: bisogna allora trattare il nervo come nei casi d'interruzione completa, cercando possibilmente di rispettare quelle parti che hanno un aspetto fasciculato.

Se la rigenerazione di certi fasci di fibre si accompagna ad irritazione di altri fasci, particolarmente nei casi nei quali esistono dolori violenti, disturbi trofici importanti, nei casi nei quali un nodulo fibroso accessibile alla palpazione, un collo osseo visibile alla radiografia sembra impedire per compressione la restaurazione funzionale completa del nervo già rigenerato, l'operazione può essere utile. Ma in questi casi, l'intervento deve essere perinervoso: liberazione da una guaina fibrosa, escissione d'un collo, asportazione d'un proiettile o d'una scheggia ossea. Quale che sia l'aspetto macroscopico delle lesioni il tessuto stesso del nervo deve essere rispettato scrupolosamente; non deve essere inciso, maltrattato, stirato, nè esposto al contatto di antisettici irritanti.

Non si devono ugualmente praticare iniezioni d'aria sterilizzata o di liquidi colorati, pratiche che non hanno alcuna utilità diagnostica e che non sono senza pericolo. Quanto alla biopsia nervosa essa deve essere condannata assolutamente.

Il nervo è un tessuto molto fragile, che bisogna trattare con molta delicatezza.

La chirurgia dei nervi è una chirurgia indispensabile, ma difficile: nelle mani di operatori poco pratici o temerari, in assenza di indicazioni formali suggerite da un neurologo dopo un esame clinico accuratissimo, essa può divenire facilmente una chirurgia disastrosa.

DRAGOTTI.

## DIAGNOSTICA.

### La sierodiagnosi della gravidanza e del cancro.

(A. LEITCH. *The British medical Journ.*, 25 luglio 1914).

Un periodo nuovo, assai efficace per il progresso delle nostre cognizioni sui processi patologici, si iniziò con la scoperta della presenza nel siero sanguigno dei malati di alcune malattie infettive di sostanze capaci di distruggere i microorganismi patogeni o neutralizzare le loro tossine: e, attraverso alle teorie delle diverse scuole, le esperienze vennero a dimostrarci la presenza di anticorpi per le più diverse sostanze (antigeni) introdotte nell'organismo. Tali sostanze la cui natura è incerta (proteine complesse) la cui origine è varia (batteri, tossine, prodotti di origine vegetale, tessuti di altre specie animali) hanno questo di comune, di essere estranee all'economia del singolo animale, nel quale si sono o sono state introdotte. È quasi certo che la reazione che si manifesta nell'organismo è differente da quella che otteniamo *in vitro*: tuttavia questa può esser sufficiente a dare un'idea del meccanismo difensivo.

Ma quando abbiamo da fare con sostanze meno estranee all'organismo (proteine cellulari provenienti da animali della stessa specie) i mezzi finora impiegati sono impotenti a svelare la presenza delle sostanze reattive, salvo casi eccezionali che possono considerarsi come reperti causali: così p. es. la presenza di un certo potere emolitico verso i corpuscoli rossi di altri individui della stessa specie. I risultati sono poi assolutamente negativi quando si cerchi di svelare la reazione che si produce all'inoculazione dei tessuti dello stesso animale. Ma d'altra parte è innegabile la possibilità della presenza nel siero di prodotti metabolici delle cellule iniettate. Citiamo un esempio: nel cancro si ha un accrescimento progressivo (oltre i confini naturali) di cellule che sono originate dalle cellule normali del corpo e conservano ancora molte proprietà di queste: eccettuati i casi, estremamente rari, di guarigione spontanea, l'organismo non dimostra alcuna resistenza verso queste cellule che crescono indefinitamente fino a provocare la morte. Ora, tralasciando quei casi in cui il cancro ha interessato organi la cui funzione è vitale, perchè dovrebbe essere la malattia, mortale? Ciò può avvenire solo perchè queste cellule mettono in libertà dei prodotti metabolici, i quali, sia per la loro qualità sia per la loro quantità, disturbano il regolare meccanismo dell'economia. E, allora, il siero sanguigno acquista forse il potere di disgregare tali prodotti in elementi meno nocivi? Se così fosse noi potremmo sperare di mettere in evidenza i cambiamenti che si producono nel sangue. È qui che il genio di Abderhalden ha indicato una nuova via da seguire che ci può condurre a mete insperate.

Abderhalden immagina che, come le cellule del tubo intestinale hanno a loro disposizione fermenti che disintegrano i complicati costituenti degli alimenti in prodotti semplici assorbibili, così le cellule dell'organismo siano in grado di elaborare in opportuni composti quanto hanno asorbito dal sangue circolante, per opera di fermenti. Se poi penetra nella corrente sanguigna qualche elemento estraneo, direttamente, senza prima aver subìto cioè una disintegrazione nel canale digerente vengono elaborati dei fermenti nuovi e specifici, capaci di aggredire quei corpi estranei. Questi nuovi fermenti, originantisi senza dubbio nelle cellule, sono poi immessi nel sangue circolante, e, poichè noi possiamo riconoscere un fermento solo a mezzo della sua attività specifica, così la loro presenza sarà dimostrata se si metterà in evidenza ciò che accade quando il siero contenente il fermento è posto a contatto con la sostanza specifica verso la quale esso è attivo. Così noi possiamo dimostrare la presenza nel sangue di fermenti proteolitici o peptolitici, aggiungendo plasma o siero a proteine o peptoni, e osservando le modificazioni che si producono in questi substrati. Ma qui sorge una questione importante: tali modificazioni sono dovute ai fermenti o ad altre cause? Questo costituisce di fatto il punto debole della teoria di Abderhalden.

Il fisiologo di Halle pone a base della sua dottrina due esperimenti capitali. In primo luogo egli afferma di aver constatato nel plasma o nel siero di animali inoculati con peptone estraneo una azione fermentativa su questo peptone, che egli mette in evidenza con l'aumento del potere rotativo dopo un certo tempo di contatto fra siero di animali trattati e peptone. La seconda serie di esperimenti riguarda le alterazioni prodotte in miscugli di soluzioni di zucchero e di siero di animali, che avevano avuto precedentemente iniezioni parenteriche di zucchero. In ambedue i casi le letture polarimetriche furono eseguite per dimostrare la presenza di fermenti proteolitici o invertitori, rispettivamente. Ma in nessuno dei due la rotazione fu considerevole: essa deve esser calcolata non in gradi e neppure in decimi di grado ma in centesimi: anche con una grande pratica e con gli strumenti più perfetti chi può ammettere un grande valore a tali minime deviazioni? Si aggiunga che, come è noto, il siero è assai instabile, e delle lievissime deviazioni da una rigorosa isotonicità dei li-

quidi che si aggiungono, sono capaci di produrre in esso alterazioni evidenti. Generalmente parlando, è discutibile se le letture polarimetriche siano più delicate che i metodi di titolazione: Abderhalden peraltro afferma che esse negli esperimenti con proteina sono confermate dal metodo della dialisi (vedi appresso) e ammette che negli esperimenti con iniezioni di zucchero i risultati desiderati non possono essere ottenuti costantemente.

Ma, per quanto favorevolmente consideriamo questi esperimenti fondamentali, non possiamo far a meno di avvertire che le reazioni suddette sono rispetto a sostanze affatto estranee all'animale e introdotte in circolo per una via abnorme. Il che trova analogia con quanto si osserva nelle reazioni immunitarie. E Pincussohn e Petow trovarono sperimentalmente che il siero *normale* di un animale ha il potere di scindere il peptone muscolare della propria o di specie affini, ma non ha affatto tale azione verso il peptone di specie estranee: e invero la rotazione polarimetrica in questi esperimenti fu maggiore che quella indicata da Abderhalden per la diagnosi di gravidanza. Se ciò fosse esatto, si dovrebbero accogliere con grande circospezione le proposte di quest'ultimo A.: il siero umano scinderebbe il peptone placentale, non perchè il siero è quello di una gestante e il peptone è derivato da una placenta, ma perchè siero e peptone provengono da organismi umani.

* * *

Nella gravidanza v'è temporaneamente un nuovo organo: questo prenderà dal sangue alcuni costituenti per i suoi bisogni e cederà ad esso dei prodotti del metabolismo: si è supposto che questi si incontreranno non tanto con fermenti endo-cellulari quanto con fermenti speciali specifici, elaborati nel plasma *ad hoc*.

Ciò appare razionale, ma può o non può essere vero. Per svelare la presenza di questi fermenti sono impiegati due metodi separati, il polarimetrico e quello della dialisi: quest'ultimo è stato il più usato ma secondo Abderhalden ambedue rispondono bene. L'A. negli esperimenti di cui parlerà in seguito ha usato solo il metodo della dialisi: la sua tecnica, brevemente, si può riassumere come segue.

Del tessuto placentale fresco, dal quale siano stati allontanati tutti i coaguli sanguigni, viene tagliato in pezzi e lavato fino a rimanere incolore. Indi è bollito parecchie volte in 5 volte il suo volume di acqua distillata, fino a che questa, filtrata, non dia più reazione colorante se bollita con 1 cmc. di una soluzione 10% di ninidrina. I pezzi di tessuto placentale possono allora esser conservati in acqua distillata sterile, sotto uno spesso strato di toluolo. Essi contengono la proteina placentale coagulata (in unione naturalmente ad altre sostanze la cui importanza è qui trascurabile) e servono come *substrato* per la dimostrazione dell'azione del fermento. Il siero da esaminare è ottenuto con la puntura venosa e conseguente coagulazione spontanea del sangue raccolto. Si usano degli speciali tubi da dialisi che debbono essere in grado di trattenere la proteina e di lasciar passare i peptoni e gli aminoacidi: si pongono in piccoli Erlenmeyer riempiti con 20 cmc. di acqua distillata sterile. In un tubo si pone un frammento (1/2-1 grammo) di tessuto placentale, più una determinata quantità di siero (1 o 1 e mezzo cmc.), facendo attenzione che neppure una goccia venga a cadere fuori del tubo. In un altro tubo, che serve da controllo, si pone 1 cmc. 1/2 di solo siero. Nell'uno e nell'altro, sia al liquido interno che all'esterno, si sovrappone uno strato di toluolo per evitare l'evaporazione e l'inquinamento batterico. I tubi sono posti a 37° C. per 16 ore: dopo questo tempo si aspira 10 cmc. del dializzato e si provano con 0.2 cmc. della soluzione di ninidrina, facendo bollire la provetta uniformemente per un minuto esatto: la comparsa di un colorito violetto denota la presenza di peptoni o di aminoacidi.

La comparsa della colorazione indicherà la presenza nel dializzato di peptoni o aminoacidi e quindi di un fermento proteolitico nel siero; nel secondo tubo non deve avvenire nessuna reazione colorante o assai minore (alcuni sieri contengono sostanze diffusibili che reagiscono alla ninidrina). La reazione positiva indica l'esistenza della gravidanza. Lo stesso dicasi per la diagnosi di alcuni stati patologici: nel cancro si impiega come substrato tessuto canceroso, nel gozzo esoftalmico tessuto tiroideo e così via.

Centinaia di pubblicazioni sono state fatte su questo metodo che ha avuto larghissima applicazione e con risultati uniformemente buoni. È vero che vi è stato chi ha elevato dei dubbi, ma questi scettici sono stati ridotti al silenzio con la costante asserzione che i loro metodi erano difettosi, e che non hanno tenuto conto di alcune possibili cause d'errore: invero queste possono esser invocate per spiegare quasi ogni concepibile falso risultato.

La tecnica che abbiamo sopra schematicamente descritto è riferita con minuziosi dettagli nel libro di Abderhalden *Abwehrfermente des thierischer Organismus*, e in numerose pubblicazioni in varî giornali: essa non presenta difficoltà particolari. Sebbene abbia lavorato su questo argomento per più che 18 mesi l'A. ha messo da

parte i risultati ottenuti nella prima metà di questo periodo, per eliminare il sospetto della sua poca familiarità con la tecnica. Egli si è attenuto scrupolosamente ai precetti di Abderhalden, sebbene non abbia fatto il tradizionale pellegrinaggio ad Halle per ricevere la rivelazione diretta dal maestro! Comunque, ha notato che i risultati ottenuti nel primo periodo erano assai più favorevoli alle vedute del fisiologo tedesco: il che spiega con l'entusiasmo col quale intraprese la ricerca, e con la suggestione avuta dalla lettura dei varî articoli: sotto questa duplice influenza fu portato ad accettare senza critica i risultati favorevoli, a trovare scuse per respingere i risultati non corrispondenti.

Negli esempi seguenti l'A. dapprima ricercò la reazione nella gravidanza come quella in cui a lungo andare la diagnosi non può rimanere dubbia. Certo una sierodiagnosi non può avere qui grande importanza come lo è, per es., nel cancro: ma, se la tecnica di Abderhalden dà in quella buoni risultati; è logico supporre che uguali si possano ottenere nell'epitelioma sebbene le condizioni non possano considerarsi strettamente identiche fra i rapporti tra placenta e organismo materno e quelli fra cancro e organismo canceroso. In ogni caso citato la diagnosi certa era nota.

In una prima tavola sono esposti i risultati di 36 casi di gravidanza, che vanno dal 2° al 9° mese: solo in due la reazione fu negativa (è necessario un gr. 1/2 di placenta). A meno di ammettere una subcosciente generosità nell'apprezzamento dei risultati verso la teoria, o a meno che il siero delle gravide sia più instabile dell'ordinario in altre condizioni, da questa prima serie risulta indubbiamente una conferma all'idea di Abderhalden di fermenti protettivi specifici.

Ma in una seconda serie sono dati i risultati della reazione in 11 casi di altre alterazioni ginecologiche: messo a contatto con tessuto placentare il siero dette reazione negativa in un polipo uterino, in un caso di vaginismo e in tre fibromi, ma dette reazione positiva in una endometrite, in una dismenorrea, in un *pyosalpinx* in un fibroma uterino, e in due corionepiteliomi.

E similmente, su 22 casi di epitelioma, il siero non fu capace di disintegrare la proteina placentare in 6 casi, ma negli altri 16 dette più o meno reazione positiva. Si trattava di tutti casi operabili e il siero fu preso al momento dell'operazione.

Finalmente in un'ultima tavola sono esposti i risultati dell'azione sulla placenta di sieri normali, o tratti da individui affetti da svariate lesioni non ginecologiche nè cancerose (31 in tutti). Anzitutto la tavola mostra, meglio forse che tutte le altre, che letture differenti possono essere ottenute quando si paragonino i tubi contenenti 1 cmc. e quelli contenenti 1 cmc. 1/2 di siero. Ma prendendo insieme i risultati delle due serie troviamo che il meglio che possiamo dire è che la reazione è risultata erronea in 5 casi dei 31. Se vogliamo ad essa accordare fiducia illimitata, possiamo trovare delle scuse per due di essi, dicendo che il sangue fu estratto a troppa poca distanza dal pasto; e per gli altri ammettendo qualche errore di tecnica, poichè nessuno può aspirare alla infallibilità.

CONCLUSIONI. — Riassumendo i risultati dei 100 casi esaminati per provare il valore diagnostico della reazione della dialisi nella gravidanza, troviamo che, con la lettura più generosa possibile, giudicando su due serie di esperimenti, e non sull'unica usuale, tenendo conto di tutte le ipotetiche cause di errore, vi sono ancora 17 evidenti errori diagnostici, il che per se stesso costituisce una grande percentuale, sufficiente a distruggere il valore diagnostico della reazione. Ma, se poi applichiamo ai risultati favorevoli gli stessi criterî critici con i quali respingiamo i risultati non corrispondenti, tutta la teoria perde qualsiasi valore.

In un secondo articolo l'A. considererà la questione dell'esistenza di fermenti protettivi nel cancro. SEBASTIANI.

---

## MEDICINA SOCIALE.

### L'organizzazione scientifica del lavoro per gli storpi e i mutilati in guerra.

Il prof. Luigi Ferrannini ci fa cortesemente avere le bozze del seguente articolo, che egli pubblica nella «Riforma Medica»:

La mobilitazione, l'organizzazione e l'assistenza civile vanno svolgendo in tanti comitati e sotto forma diversa la loro attività, non sempre troppo concorde per non riuscire qualche volta difettosa o superflua, per sopperire alle multiple necessità che la guerra crea o aggrava. L'assistenza sanitaria specialmente si moltiplica perchè gli ammalati ed i feriti destano sempre il più pietoso e generale interessamento, perchè per essi tutti sentono di poter fare qualche cosa contribuendo con la propria borsa e con la propria opera, prodigando le cure della scienza e quelle del cuore.

Son sorti così miracolosamente e per vera forza d'entusiasmo forse più ospedali di quelli

che occorrono (almeno ci auguriamo), si sono offerti più medici di quel che sia necessario, si hanno pronte più infermiere volontarie di quanto possano servire. È un risultato mirabile, che in una sola espressione dimostra il buon volere ed il buon cuore di tutti.

Ma oltre all'assistenza ospedaliera e sanitaria in genere, a questa che potremmo chiamare il primo soccorso dell'arte medica per le vittime della guerra, v'è un'altra necessità assai più grave e più complessa, quella di dover provvedere all'avvenire di coloro che resteranno invalidi.

Non v'è bisogno di dipingere a forti pennellate il quadro desolante di coloro, che per gli effetti della guerra resteranno più o meno inabilitati al lavoro. Basterà pensare come tanti giovani nel miglior vigore degli anni, esuberanti di attività e di energie, vedendosi di botto troncata quel che per loro era fonte di vita e di speranza, arrivino ad invidiare la sorte dei compagni rimasti sul campo, specialmente quando, passati i momenti del più fervido entusiasmo, lo stato e la società lasciano questi miseri col solo compenso di una magra pensione, che per i soldati va dalle 510 alle 1066 lire annue ed interdice per sempre le gioie della vita a chi aveva tutte le aspirazioni e tutte le probabilità di raggiungerle e le vede di botto convertite in desiderii e spasimi impotenti.

La carità pubblica, che fa miracoli, non può sanare queste piaghe fisicamente e moralmente doloranti per tutta una vita, che il soccorso della pubblica pietà avvilisce, non conforta. Si pensi che anche all'ammalato comune, all'operaio inabilitato per infortunio sul lavoro il soccorso della pubblica carità suona offesa ingiuriosa più che conforto fraterno, e per essi si è dovuto anche per questo sostituire ed integrare con altre provvidenze quella del ricovero all'ospedale o all'ospizio.

Tra qualche mese tutti i nostri ospedali di guerra e di pace cominceranno a metter fuori, assieme ai malati guariti, una quantità di mutilati, ai quali sembrerà che a 20-30 anni, assieme al braccio od alla gamba, sia stato spezzato il corso della vita civile e sociale. Molti di essi hanno anche vecchi genitori da sostentare o piccoli bambini da allevare. Per tutti costoro la vita, che sorrideva affidata ai loro petti robusti ed alle loro braccia e gambe attive, potrà diventare insopportabile.

A tutti costoro noi dobbiamo, non la nostra commiserazione platonica o l'elemosina di un assegno vitalizio che avvilisce ed è insufficiente, ma una speciale assistenza premurosa, che coltivi e sviluppi in loro le energie che ancora restano per sopperir quelle perdute. Ha ancora questo nuovo compito la nostra organizzazione civile, compito arduo e grave, ma che supera per nobiltà d'intenti e grandezza di risultati qualsiasi altra forma di assistenza civile.

Io non intendo qui parlare della fornitura ed applicazione degli apparecchi di protesi, giacchè questi presidii dovrebbero oggi far parte di una vera chirurgia che aspiri ad esser completa. Io intendo parlare della rieducazione professionale, di cui dovrebbero essere fattrici apposite scuole di lavoro.

Il prof. Jules Amar, che dirige il Laboratorio di ricerche sul lavoro professionale al Conservatorio nazionale di Arti e Mestieri a Parigi, mi scriveva, due mesi fa, che parecchie scuole per storpi e mutilati della guerra si andavano organizzando in Francia ed una stava per sorgere nel Belgio applicando i principii scientifici a beneficio di questi sfortunati. In Francia, auspice il senatore Henriot, queste Scuole di lavoro vanno sorgendo ovunque accanto alle cliniche chirurgiche ed ai laboratori ortopedici; ed in Inghilterra, in Russia, in Germania non si fa di meno.

È l'ora anche per noi. Noi abbiamo in casa nostra un nobile esempio da imitare: la Scuola di lavoro istituita dal compianto on. Carmine nell'Istituto dei rachitici a Milano, e la Casa di lavoro fondata da donna Fanny Finzi Ottolenghi a Gorla presso Milano ove in aperta campagna i malati sono adibiti ai lavori campestri.

Apprendo da un bell'articolo di Rossana pubblicato sul *Mattino* che un istituto identico si sta organizzando a Torino ove si son raccolte già 240,000 lire, ed un altro si spera di poter stabilire a Roma. Ma molti ne occorrono, perchè il bisogno sarà grande e forse richiederà anche una opportuna specializzazione.

E, come in tutte le opere consimili, i medici specialmente dovranno versarvi i loro tesori di intelletto e d'amore. Essi, che sono i primi a raccogliere questi martiri sotto il grandinare dei proiettili che non rispettano più neanche il simbolo dell'opera più pietosa, essi, che li accompagnano attraverso tutte le formazioni ospedaliere prestando loro tutti i soccorsi ed i conforti dell'arte divina e del cuore educato alla scuola della sventura, essi dovranno compiere in queste scuole la loro opera sublime ridando a tanti sventurati la vita sociale dopo di aver ridato loro la vita materiale.

È un campo nuovo e sempre più degno che si apre alla straordinaria e magnifica attività del medico, un campo in cui rifulgeranno risorse scientifiche preziose e nozioni pratiche di una utilità inestimabile come mi propongo di dimostrare in parecchi articoli.

LUIGI FERRANNINI.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica Generale della R. Università di Pisa
diretto dal prof. G. B. QUEIROLO.

## Due casi di tetano traumatico guariti col metodo Baccelli

per il dott. EMANUELE MONDOLFO, assistente.

La casistica clinica è ormai ricca di osservazioni concordi, le quali dimostrano la efficacia della cura del tetano mediante le inezioni sottocutanee di acido fenico.

Sono da annoverare, tra le più recenti osservazioni di tal genere, quelle riferite da Della Volpe, Lepore, Righi, Piccaluga, Di Monte, Rabitti, Masotti, Lucchesi, Cagnetta, Setti, Cataldi.

Nè soltanto in Italia, ma anche presso le cliniche estere, il metodo Baccelli conta ormai numerosi e convinti fautori. Così nella Clinica chirurgica del prof. Praksin di Kazan, il dottor Goulyaeff ha potuto guarire due casi gravissimi di tetano con le inezioni di acido fenico, mentre la sieroterapia antitetanica, precedentemente praticata in molti altri casi, non gli aveva fornito che scarsi successi terapeutici. Lo stesso autore si è inoltre convinto che l'acido fenico debba verisimilmente esplicare una azione specifica sulla tossina tetanica, poichè, diminuendo la dose del rimedio, ha osservato più volte una spiccata esacerbazione degli spasmi muscolari.

Il *Medical Record* (21 settembre 1912), dopo aver descritto il metodo Baccelli, lo dichiara di somma efficacia, riferendo a questo proposito importanti dati statistici. Nella guerra civile degli Stati Uniti, per esempio, la mortalità per infezione tetanica fu del 92.56 % coi metodi abituali di cura. Con la sieroterapia, secondo Richter e Behring, la mortalità si mantenne intorno a 88 %. Invece da una statistica di 190 casi curati col metodo Baccelli, si rileva che la mortalità è stata ridotta fino al 17.36 %.

Anche nella Clinica medica di Pisa, per consiglio del prof. Queirolo, sperimentammo più volte, con esito fortunato, la terapia del tetano mediante le iniezioni di acido fenico: e i due nuovi casi che sto per riferire forniscono alla bontà del metodo ulteriori conferme.

A... B... di 30 anni, nata ai Bagni di San Giuliano, attendente a casa. Non ha precedenti ereditari nè personali degni di nota, tranne una infezione tifica contratta all'età di 12 anni.

La paziente, circa 15 giorni prima del suo ingresso in clinica, aveva notato, in corrispondenza del tessuto peri-ungueale del pollice sinistro, una lieve tumefazione, insorta per causa non apprezzabile, e seguita da scarsa secrezione purulenta. Nei giorni successivi sembrò all'ammalata che la descritta tumefazione regredisse alquanto, insieme coi fenomeni reattivi locali. Se non che, dopo circa 12 giorni, l'inferma si accorse che la falange si era fatta più tumida, senza però aumento nè della dolorabilità nè della secrezione purulenta. Era frattanto insorta una evidente difficoltà della parola, ed erasi manifestato il trisma.

L'ammalata veniva accolta nella Sezione delle malattie infettive il 27 gennaio 1914.

All'esame generale dell'inferma, l'espressione del volto appariva spiccatamene rigida per l'aumentato tono dei muscoli mimici: corrugata la fronte, manifesto il *risus sardonicus* caratteristico. Esisteva trisma di alto grado, rigidità della nuca e del rachide, talora marcato opistotono. L'addome era fortemente contratto. L'ammalata cadeva spesso in preda a violente contrazioni tetaniche, emettendo grida dolorose. La temperatura, a tipo continuo-remittente, non oltrepassava i 38 centigradi. Polso ritmico, assai valido (puls. 120); resp. 26. Niente di notevole all'esame dell'apparecchio circolatorio e degli organi del respiro.

Iniziai subito la cura secondo il metodo Baccelli, iniettando all'inferma sotto cute da 30 a 40 ctgr. di acido fenico nelle 24 ore, per 5 giorni consecutivi. Contemporaneamente la lesione iniziale fu trattata col termocauterio, e furono somministrate all'inferma larghe dosi di cloralio e bromuro.

L'effetto terapeutico, in questo caso, fu straordinariamente pronto ed efficace. Infatti, già dopo due giorni dal principio della cura, si notò una manifesta regressione di tutti quanti i fenomeni morbosi: diminuzione del trisma e della contrattura dei muscoli della nuca e del rachide; più rari e meno intensi gli accessi tetanici.

Dopo otto giorni l'inferma non presentava più accessi: persisteva soltanto un moderato grado di trisma, che andò gradatamente risolvendosi. La temperatura si ridusse alla norma: la convalescenza fu rapida, completa la guarigione.

M... B... di 20 anni, di Nugola, colono. Il paziente, il 29 aprile 1914 si era ferito al piede destro mediante un attrezzo rurale. Successivamente si manifestarono, in corrispondenza dell'arto colpito, fenomeni di linfoangioite, i quali, mediante impacchi di acido salicilico e pennellature di triclorofenolo, rapidamente si risolvettero. Era frattanto guarita la lesione locale: quando, il 13 maggio, essendosi manifestato il trisma, l'infermo veniva immediatamente inviato alla nostra clinica.

Ad un primo esame del paziente, fu rilevata la esistenza di una forte contrattura dei masseteri, e di una modica rigidità della nuca e del rachide. Anche la espressione del volto era particolarmente rigida e fissa: corrugata la fronte, ostacolate alquanto la fonazione e la deglutizione. La temperatura, subfebbrile all'inizio, decorse dipoi completamente apiretica.

Come nel caso precedentemente descritto, dopo aver trattato la ferita col temocauterio, praticai senza indugio la terapia col fenolo. Il paziente ricevette sotto cute 36 ctgr. di acido fenico nelle prime 24 ore, e fu ripetuta la stessa dose nella giornata successiva.

Le condizioni dell'infermo, durante i primi due giorni della sua degenza in clinica, si aggravarono sensibilmente. Si riscontrò infatti un aumento del trisma; ed il paziente, ad intervalli di un'ora circa, era côlto da violenti spasmi muscolari, durante uno dei quali si ebbe anche il morso della lingua. Aumentai allora la dose giornaliera dell'acido fenico, portandola a 45 ctgr. per altri 4 giorni, e, successivamente, a 54 ctgr. L'effetto terapeutico non si fece attendere: talchè potei assistere, mentre andavo aumentando la dose del rimedio, ad una rapida risoluzione di tutta la sindrome morbosa. Dopo 5 giorni dall'inizio della cura, il paziente cominciava già a disserrare parzialmente le arcate dentarie, e già poteva sufficientemente alimentarsi, essendo in gran parte scomparso l'ostacolo alla deglutizione. Gli accessi convulsivi andavano facendosi sempre più rari, più brevi, ed assai meno intensi. Non v'era più dubbio sulla favorevole evoluzione della malattia: ciò nondimeno continuai ad iniettare l'acido fenico sino a che non furono del tutto scomparsi i sintomi della infezione tetanica.

In questo caso è da notare, oltre alla efficacia del trattamento istituito, la perfetta tolleranza dell'acido fenico da parte dell'organismo. Difatti il paziente sopportò, entro un periodo di due settimane, una dose complessiva di grammi 7.44 di acido fenico. Le urine, giornalmente esaminate ,non presentarono alcuna alterazione, nè alcun inconveniente si ebbe ad osservare, se si eccettui un moderato senso di prurito, comparso verso la fine della cura e rapidamente dileguatosi con la sospensione del farmaco.

I casi che ho riferito, insieme con altri già osservati in passato nella nostra clinica, depongono in modo non dubbio per la efficacia del metodo Baccelli nella terapia della infezione tetanica: metodo che il Clinico di Roma ha genialmente intuito, e che vanta una superiorità manifesta sopra ogni altro sistema terapeutico.

UFFICIO D'IGIENE DEL COMUNE DI ROMA
diretto dal prof. T. GUALDI.

## La cura del tetano col metodo Baccelli nei luoghi isolati

per il dott. V. E. OVAZZA.

Altri due casi di tetano guariti pel trattamento coll'acido fenico credo di segnalare, perchè in ambedue a distanza di anni le circostanze furono tali che senza tale risorsa avrei dovuto abbandonare i sofferenti alla lor sorte con troppa probabilità di esito infausto.

Dopo le centurie di tetanici guariti col metodo Baccelli non è necessario che io li descriva minutamente, darò le caratteristiche più salienti. Ora che nelle altre nazioni finalmente tale metodo ha acquistato il posto che gli compete, pur si vuol discuterne ancora certe illazioni o trarne delle conclusioni già rigettate o trionfalmente confutate dal nostro Maestro stesso.

Porto infatti qui due esempi che danno risalto all'innocuità di una tal cura ed alla deplorevole incertezza dei medici delle condotte isolate a volerla applicare. In tutti e due i miei casi non avevo a mia disposizione il siero antitossico (nè per la sua tuttora discussa efficacia si può pretendere che anche i piccoli armadi farmaceutici ne siano sempre provvisti di attivo); i malati non potevano per svariati e molteplici cause da me indipendenti venire trasportati in città o all'ospedale e nel 1° caso era certo che la ripetuta e semplice azione di sostanze narcotiche non sarebbe stata sufficiente a dare ad un organismo infralito la possibilità di raccogliere nuove forze per una lotta proficua.

Restava quindi il fenolo di cui la soluzione non richiede manualità o cognizioni farmaceutiche ignote ai medici, quando poi esso, puro o in soluzione, non può loro mancare mai.

Nel mio 2° caso inoltre per la natura antisettica del farmaco, badando solo alle modalità della tecnica, ho potuto senza gravi apprensioni giovarmi di una persona profana, senza di che non avrei avuto la necessaria regolarità ed insistenza della cura ipodermica.

In questo stesso 2° caso di più fu manifesta la poca giustificabilità dei timori di complicazioni renali e come se la carboluria non va perduta di vista, nello stesso tempo non le si deve dare tuttavia un'importanza esagerata: colla sospensione del rimedio si potrà ben arrestare in breve e sempre più a tempo, che non finora colla sieroterapia, gli effetti nocivi e non utili di esso.

Riguardo all'azione dell'acido fenico, nel numero 51, 1914, di questo periodico è riportata la recente conclusione del dott. Arthur A. Pin che attribuisce alla proprietà anestetica del fenolo gli effetti benefici suoi; così come il Rejnolds nel *Lancet* del 23 maggio 1914, la riferisce, anche lui, all'azione inibitrice sull'attività riflessa muscolare. Ma se quasi non bastasse il riconoscimento della potenza antitossica dopo tre lustri di esperienza del Baccelli stesso e d'altri (XV Congr. di Med. Int. Genova), dovrebbe essere sufficiente agli stranieri il ponderare sulle pubblicazioni nostre numerose: da esse appare chiara e per le osservazioni cliniche e per gli esperimenti di laboratorio la continuata affermazione dell'enunciato del Maestro.

È poi accertato che torna utile per l'azione sui bacilli del Nicolajer nonchè sul momento predisponente rappresentato dai batteri della suppurazione; ma di quelli è sempre scarsa la moltiplicazione, e se i bacilli possono formarsi a

lungo nel loro punto d'ingresso, appena prodottasi una certa quantità di tossina è difficilissimo il rinvenirne ancora alcuno. Quindi senza negare al fenolo una certa azione anestetica sul sistema nervoso o meglio sulle sue terminazioni periferiche, azione presumibilmente leggiera, passeggiera ed insufficiente — ed il Baccelli stesso era precisamente partito dai brillanti risultati avutine nella cura delle nevralgie, delle neuromialgie e delle neuriti — dobbiamo considerare il fenolo piuttosto come un vero antidoto chimico su una tossina, che, relativamente ad altre, viene elaborata in quantità finita.

Del resto siccome pel veleno tetanico è provato agire esso direttamente ed essenzialmente nelle cellule gangliari del midollo spinale e solo in seguito nelle fibre nervose periferiche, la cura col fenolo, che potrebbe dirsi specifica, è opportuno venga coadiuvata dai calmanti: idrato di cloralio, morfina, belladonna, cloroformio, bromuri, curaro, ecc. Ora tali anelgesici ed anestetici, da tempo usati contro il tetano anche quando esso veniva pur confuso con altre manifestazioni patologiche dell'asse cerebro-spinale, non diedero mai un successo duraturo, anzi spesso fu evidente che finita l'azione o per la limitata quantità del farmaco le contrazioni esaurienti e nefaste riprendevano più gravi e più intense.

Per ultimo io volli verificare nella massima parte dei casi pubblicati, dal primo del Gualdi (1888), in quale mese la malattia si era iniziata. Essendo il tetano così grave ad incubazione brevissima nei paesi caldi, forse poteva risultarne che nelle nostre regioni l'estate almeno fosse il più propizio all'infezione. Nei casi finora ben specificati trovai che in qualsiasi mese dell'anno le spore od addirittura i bacilli del tetano minacciano uomini ed animali (i miei casi sono tutti e due del dicembre, il 1° con un contorno di 50 cm. di neve); la preponderanza numerica estiva è appena sensibile e forse dovuta alla maggior facilità di camminare a piedi nudi ed alla più grande quantità di lavori all'aperto, condizioni d'altra parte facilmente compensate d'inverno nelle nostre latitudini dagli ambienti caldo-umidi, meno soleggiati e tenuti con tanto poca proprietà, con arnesi e pavimenti imbrattati di fango.

I CASO. — Nel dicembre del 1910 in una frazione di un Comune abruzzese ero in servizio anticolerico. Una donna sui 50 anni, di aspetto meschino, mi chiede una medicazione antireumatica per la difficoltà che da tre giorni provava, specie a destra, ad aprire la bocca ed a girare il capo. Da 15 giorni essa aiutava a pulire i dintorni della sua abitazione e dai locali adiacenti aveva allontanato notevole quantità di concime sotto raffiche continue di pioggia e di neve.

Si erano risolti gli ultimi casi di colera e visitai accuratamente la donna. Non m'accorsi d'altre complicazioni che una temperatura di 38°. Raccomandai semplicemente di stare a letto molto coperta. Nel giorno dopo il trisma è completo. Temperatura 39°, alvo regolare, difficoltà a piegare le ginocchia; pel mio sospetto di tetano non trovo alcuna lesione cutanea; la persona non è delle più pulite, nè l'ammalata può accennarmi un ricordo di essersi lesa in qualche parte; per quel giorno somministro bromuri e cloralio.

Il capoluogo sta in basso e dall'altra parte della valle, la strada mulattiera per qualche chilometro era coperta da più di 50 cm. di neve e gli abitanti di quella frazione dovevano, per rispetto al colera, considerarsi ancora in contumacia. Per aver poi il siero specifico od altro aiuto non ero sicuro se mi bastassero 3 o 4 giorni d'attesa; l'unica risorsa terapeutica quindi era costretta nelle iniezioni fenoliche. Affinchè non si manifestassero di nuovo certe ostilità al mio operato medico avvisai i carabinieri di allontanarmi parenti e vicini col sospetto di colera nell'ammalata, cui, isolata nella propria casa e sorvegliata solo dai miei infermieri, potei liberamente praticare ogni due ore iniezioni al 3 % di acido fenico da me stesso preparate (5ª giornata dall'inizio del primo sintoma).

Per due giorni aumentò e si estese la rigidità di tutti i muscoli segnatamente alla parte destra, frequenti e violenti contrazioni del capo. Temperatura 39°-39°.5; assopimento e talora vaneggiamenti; iniezioni di olio canforato. Poi scese la temperatura, ritornò l'intelligenza, le contratture divennero intermittenti ed io lasciai l'ammalata alla fine del mese guarita dopo 75 iniezioni e gr. 4.50 di fenolo, senz'alcun inconveniente.

II CASO. — A Castel di Guido (Agro Romano) presentasi all'ambulatorio il 5 dicembre 1914 un contadino di 17 anni. Mi racconta che dalla notte si sente dolente la regione lombare con difficoltà a muovere la gamba destra: ciò egli attribuisce ad un'abrasione sotto al ginocchio per una caduta della sera innanzi.

All'esame è a me evidente una certa rigidità della colonna vertebrale, che potevo spiegarmi con una inibizione riflessa da fatto reumatico, ed una spiccata tonicità di ambidue gli arti inferiori, specialmente subito dopo aver provocato il riflesso patellare, per un momento vivacissimo. Medicata l'abrasione, lo consiglio di farsi vedere il giorno appresso; ma già al mattino susseguente mi richiede d'urgenza. Lo trovo in pleurostotono D. con trisma, spasmi degli arti inferiori, espressione sofferentissima. Temperatura 38°.2, polso 94. Credo plausibile la diagnosi di tetano; oltre all'accennata, ma troppo recente abrasione con crosta asciutta, trovo nell'ammalato parecchie scalfitture e piccoli segni di ferite nelle mani e nei polsi, nessuna con gemizio od alone d'infiammazione, nè posso sapere di quale data non essendovisi prestato attenzione alcuna. Egli aveva trasportato una diecina di giorni prima fasci di rami spinosi.

Anche qui per tante cause m'è impossibile disporre pel trasporto ad un ospedale di Roma; già il necessario e pur diligente trasloco in una vicina cameretta tranquilla e più pulita risveglia un grave accesso di convulsioni seguito da

ambascia profonda; ricorro subito ad iniezioni di morfina seguite da quelle di una soluzione estemporanea di acido fenico al 5 %.

Per le mie occupazioni non posso dedicarmi esclusivamente a quell'ammalato; affido quindi qualcuna di queste iniezioni alla moglie d'un fattore, che per altro paziente si era offerta ed ora mi aveva fatto vedere di saper compire l'ufficio assegnatole. Il caso era grave ed un ascesso per errore di tecnica era preferibile alla morte.

Tenendo d'occhio anche in questo caso le urine, solo dopo il 5° giorno di iniezioni (acido fenico totale gr. 0.85) esse mi appaiono spiccatamente bruno-scure, con traccie d'albumina. Temperatura 38°, polso 96; nulla al cuore. L'ammalato ha per la prima volta di notte relativamente riposato e dei fenomeni neuro-muscolari solo il trisma ha ceduto un po'. Non credo di sospender il fenolo, ma diminuirlo al 2 %; le contratture e le contrazioni infatti nel giorno dopo sono leggermente diminuite e le urine sicuramente meno scure, la loro quantità arriva sì e no ai 500 grammi (prima non la si era misurata); ma l'ammalato ha spesso sudori profusi. Dopo altri tre giorni aumenta la quantità dell'urina e devo confrontarne il colore con quella normale per accertare un bruno appena sensibile, che in seguito non rilevai mai più; persiste però l'albumina in traccie, che scompare solo 5 giorni dopo dacchè il colorito delle urine era diventato normale. Mai riscontrai alcun edema.

Allora pratico solo io le iniezioni, limitandole talora a due, tal'altra a tre per giorno, di 2 cmc., e riportando la diluizione al 5 %, senza che i reni mi dimostrino di soffrirne e sorpassando le urine i 1000 grammi. Le condizioni generali migliorano molto in fretta, cominciando a disciplinarsi le funzioni dei masseteri; dopo un mese di letto l'ammalato si alza provando appena una dolenzìa alle ginocchia; trascorso qualche giorno posso lasciarlo guarito.

## Contributo clinico alla cura dell' ischialgia metodo Baccelli.

Ben lieto di poter anch'io presentare un piccolo contributo clinico nella cura della sciatica colle iniezioni feniche secondo il metodo Baccelli.

R... A..., di 62 anni, fabbro-ferraio, affetto da grave ischialgia o nevralgia al grande sciatico, arto inferiore destro, completamente guarito da 20 iniezioni feniche alla Baccelli, iniezioni intramuscolari, regione glutea, una pro die.

A... L..., di 23 anni, carrettiere, affetto da ischialgia, nevralgia al grande nervo sciatico, arto inferiore sinistro, che dopo 20 iniezioni feniche alla Baccelli, riescì a guarire splendidamente.

Ferrara di Monte Baldo (Verona), 17 aprile 1915.

CORRADINI ROVATTI Dott. GUIDO.

## La profilassi del tetano col metodo Baccelli.

Arnd e Kumbein hanno pubblicato nella *Corz.-Blatt. für Schweizer-Aerste* (1914), n. 48) i risultati da essi ottenuti adoperando il metodo Baccelli non solo per la cura, ma anche per la profilassi del tetano. Il trattamento con le iniezioni di acido fenico anche nei casi a incubazione rapida è coronato quasi sempre da successo. La dose giornaliera del medicamento varia da 0.30 a 1.50 gr. e più, e deve essere diversa a seconda della tolleranza degli individui; deve quindi procedersi per tentativi cominciando da dosi basse. Ad ogni modo è notevole il fatto che gli individui affetti da tetano tollerano una dose di acido fenico,che sarebbe dannosa per un uomo allo stato normale. Non bisogna diminuire rapidamente la dose da iniettare per evitare la ricomparsa delle contrazioni.

Dopo avere sperimentata la efficacia curativa del metodo Baccelli gli AA., hanno pensato che l'acido fenico potesse spiegare da solo o anche in unione col siero antitetanico un'azione preventiva. Per verificare questa presunzione hanno proceduto a delle esperienze su animali da laboratorio.

Queste ricerche hanno dimostrato che le iniezioni di acido fenico proteggono sicuramente i topolini bianchi contro il tetano. Dopo di che gli AA. pensano che in periodo di guerra sarebbe molto vantaggioso praticare a tutti i feriti con lesioni infette una iniezione di acido fenico col metodo Baccelli, oppure somministrare ai pazienti del salolo alla dose di un gr. ogni 4 o 6 giorni.

DR.

Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico:*

PROF. L. FERRANNINI

**Docente di patologia e clinica medica nella R. Università di Napoli**

**Manuale di Semeiologia**

**Medica, Fisica e Funzionale**

2ª edizione, riveduta ed ampliata con prefazione del prof. G. Rummo

SOMMARIO. LA STORIA CLINICA — SEMEIOLOGIA FISICA GENERALE — *Semeiologia dell'apparecchio respiratorio — Id. dell'apparecchio circolatorio — Id. dell'addome — Il. dell'apparecchio digerente — Id. dell'apparecchio urinario — Id. del sistema nervoso — Id. del sangue — Id. del ricambio materiale.* — Volume in 16° grande, di 490 pagine, con 108 figure intercalate nel testo, rilegato in piena in tela inglese, **L. 7.** Per i nostri associati sole **L. 5,25** franco di porto e raccomandato.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Su l'esistenza di un tessuto paratiroideo transitorio, fetale, nell'uomo.

A. Pepere (*Ricerche di biologia dedicate al prof. Alessandro Lustig*, ecc., Firenze, 1914) osserva che nell'uomo esiste un tessuto paratiroideo transitorio, costante, distinto e indipendente da ogni apparato accessorio, distribuito in sistema di lobulazioni, che in vario numero si dispongono intorno alle paratiroidi, alle tiroidi e al timo (*corpo o organo para-paratiroideo-timico*). La sua funzione resta limitata al secondo periodo fetale e ai primi mesi della nascita e si origina dagli stessi abbozzi delle paratiroidi (4ª e 3ª tasca branchiale) e si differenzia da queste, in primo tempo, solo come gruppi cellulari paratiroidei che non entrano nella costituzione delle glandole principali e dei nodi glandolari del tessuto accessorio costante (timo).

Le prime manifestazioni anatomiche differenziali fra tessuto paratiroideo transitorio e glandole paratiroidee (tessuto permanente) risalgono all'incirca al 5° mese di vita fetale e si appalesano con caratteri istologici e istochimici chiaramente funzionali delle cellule delle lobulazioni. La struttura istologica del tessuto paratiroideo transitorio fetale, profondamente diversa da quella del tessuto delle glandole della stessa età, è analoga a quella del tessuto delle paratiroidi adulte.

L'esistenza di quest'organo studiato dal Pepere s'arresta, come s'è detto, ai primi periodi della vita estrauterina; ma la sua scomparsa si compie in limiti relativamente molto estesi da individuo a individuo: è probabile che particolari condizioni di bisogno di funzione paratiroidea da parte dell'organismo (alterazioni anatomiche delle glandole paratiroidee), favoriscano una più lunga persistenza del tessuto paratiroideo transitorio fetale; ma esso non sembra mai capace di trasformarsi in tessuto permanente (nodi accessori, glandole soprannumerarie). L'organo in parola supplisce la funzione paratiroidea non ancora assunta in questo periodo dalle paratiroidi: la maturità funzionale delle paratiroidi segna l'involuzione del tessuto paratiroideo transitorio.

Questa nuova conoscenza sul complesso sistema paratiroideo dell'uomo, mentre rischiara alcuni dati anatomo-funzionali ancora oscuri sulle paratiroidi infantili e alcuni quadri controversi della fisiopatologia sperimentale, risolve su pieno fondamento anatomico l'interpretazione tuttora dibattuta ed ipotetica di quelle *tetanie dell'infanzia* che vengono riferite ad insufficenza paratiroidea. BILANCIONI.

## CASISTICA.

### Sulla diagnosi e prognosi di alcune forme di osteomielite dell'estremità superiore del femore.

L'osteomielite che occupa un posto così importante nella chirurgia infantile, colpisce per lo più le epifisi dette *fertili*, ossia all'arto superiore le epifisi dell'estremità superiore dell'omero e inferiore delle ossa dell'avambraccio, ed all'arto inferiore le epifisi vicine all'articolazione del ginocchio. Kirmisson (*Journal des praticiens*, n. 25, 1914) fa notare che questa legge ha delle numerose eccezioni. Si può infatti osservare l'osteomielite localizzata all'estremità superiore del femore. Questa forma merita molta attenzione per le gravi difficoltà che può offrire nella pratica anche al più sperimentato dei chirurgi. Riesce infatti molto più malagevole esaminare l'estremità superiore del femore e l'articolazione coxo-femorale che l'estremità inferiore del femore o superiore della tibia. È difficile apprezzare i sintomi locali che possono spesso mancare anche quando i sintomi generali sono molto imponenti. La febbre è forte, la temperatura sale a 40° e 41°, la faccia è alterata, la lingua secca e arrossata; il malato nel raccontare l'anamnesi, dice di avere avuto precedentemente un trauma a livello dell'anca.

Ma non si trova nè gonfiore, nè rossore, nè edema, nè circolazione venosa collaterale. Si può così confondere **un'osteomielite con** un tifo o con un'appendicite. D'altra parte è ben difficile decidere se la malattia è localizzata sull'estremità superiore del femore o sull'osso iliaco: e l'osteomielite dell'anca può talora svilupparsi e magari condurre a morte l'infermo per infezione generale senza essersi manifestata con sintomi locali. Un altro punto importante è quello di decidere se esiste compartecipazione dell'articolazione: al riguardo bisogna notare che quando non v'è artrite i movimenti dell'anca non sono molto dolorosi e la coscia conserva la sua attitudine normale. La prognosi è molto più favorevole nell'osteomielite non accompagnata da artrite, perchè, quando esiste, l'intervento è più complicato: è necessario resecare la testa del femore.

L'osteomielite dell'estremità superiore può adunque presentarsi sotto aspetti svariatissimi: una forma speciale è quella che colpisce i bambini poco dopo la nascita e che conduce ad una lussazione dell'anca, che si può successivamente distinguere dalla lussazione congenita per la presenza di depressioni cicatriziali locali talora molto piccole, che sono i relitti dell'infezione che ha condotto alla distruzione dei legamenti e della capsula articolare.

DR.

## Le fratture dell'estremità inferiore del radio nell'età infantile.

Il Vulliet (*La Semaine médicale*, 17 giugno 1914) nota giustamente che nelle lesioni traumatiche dell'estremità inferiore del radio dei bambini si parla sempre di scollamenti epifisari, e non si dà l'importanza alle fratture vere e proprie che pure sono frequenti. Lo scollamento epifisario si osserva più frequentemente nella seconda infanzia, è molto raro al disotto dei 12 anni.

L'A. ha potuto osservare in pochi anni 29 casi di queste fratture, che egli ha classificato in tre tipi distinti.

1° *Scollamenti epifisari.* — Ne ha visti soltanto 4 casi bene accertati, e sempre in fanciulli al disopra dei 12 anni, con spostamento tipico del frammento epifisario nel senso dorsale e radiale, che necessita di una riduzione accurata, sotto narcosi, per evitare la deformazione del polso e l'impedimento della funzione. Su 21 pazienti di età superiore ai 12 anni, soltanto in 4 casi si trattava di scollamenti.

2° *Frattura per incuneamento.* — Si osserva frequentemente all'estremità inferiore del radio, a circa 2 centimetri dalla linea epifisaria, e somiglia alla frattura dell'adulto con penetrazione della diafisi nell'epifisi e spostamento dorsale del frammento inferiore. L'ha osservata 12 volte su 29. Il cubito è quasi sempre illeso.

3° *Frattura per flessione.* — Ha sede variabile, in tutta vicinanza della linea epifisaria fino a 3 centimetri al disopra, avvicinandosi alla frattura delle due ossa dell'avambraccio. Non vi ha incuneamento dei frammenti, i quali anzi mostrano una forte tendenza a spostarsi. Spesso esiste anche la frattura del cubito. È soprattutto notevole la dislocazione quasi costante e considerevole del frammento inferiore in senso dorsale e radiale. È stata osservata 11 volte, più frequentemente nella prima infanzia.

Lo scollamento esige un traumatismo violento con la metafisi fissa e la mano rovesciata in flessione od estensione esagerata. Le fratture per incuneamento avvengono con un meccanismo di compressione nel senso dell'asse radiale, le altre per flessione dell'estremità dell'avambraccio.

Queste fratture sono frequenti nell'età infantile: il dolore e la tumefazione circoscritti e l'impotenza funzionale debbono far cercare la presenza della frattura, se è necessario con l'aiuto della radiografia.

Il trattamento è molto facile nelle fratture senza spostamento, difficile e delicato in quella per flessione. La riduzione dev'essere praticata con molta accuratezza, e sempre sotto narcosi. La prognosi in genere è buona. Non si dev'essere molto proclivi a proporre interventi cruenti per la correzione di fratture inveterate in posizione viziosa, perchè in quest'età la natura compensa molto bene i disturbi della funzione, e per non rischiare di peggiorare le condizioni del paziente. Soltanto in casi di estrema deviazione nel senso dell'asse longitudinale, l'A. consiglia l'intervento.

*p. s.*

# TERAPIA.

## La stricnina nelle insufficienze cardiache.

Newburgh (*Americ. Journ. of Medic. Sciences*, mag. 1915) prova esaurientemente come la credenza, generalmente ammessa, che la stricnina accresca il lavoro del cuore nelle deficienze acute e croniche di quest'organo manchi di base.

Le osservazioni di laboratorio compiute da altri investigatori avevano già dimostrato che le dosi terapeutiche di stricnina non esercitano alcuna influenza sulle malattie croniche sperimentali del cuore.

Clinicamente non si ottiene il menomo beneficio da singole dosi nell'insufficienza acuta del cuore.

L'effetto sul cuore di dosi alte di stricnina durante un periodo di parecchi giorni è stato studiato dall'A. negli scompensati.

I pazienti venivano tenuti in letto a dieta leggera; i liquidi erano limitati a 1000 cmc.

Sotto questo regime lo scompenso non di rado scompare, senza il concorso di medicine; perciò l'A. ebbe cura di aspettare alcuni giorni prima d'intraprendere la somministrazione di stricnina, e questa veniva limitata a quei pazienti che rimanevano scompensati. Dopo 3-4 giorni di cura stricnica l'A. ne determinava l'effetto sul polso, il respiro, l'urinazione, la pressione sistolica e diastolica ed i sintomi soggettivi. Poi somministrava digitale e diuretici, alfine di compararne gli effetti con la stricnina.

Furono così studiati otto casi di compenso cardiaco rotto. Nessuno venne beneficato dalla stricnina; invece quattro videro poi sparire lo scompenso sotto l'azione della digitale; due morirono nell'ospedale e due furono dimessi.

I miglioramenti ottenuti dimostrano che i pazienti non si trovavano ancora in uno stadio incurabile: il fallimento della stricnina dunque deve attribuirsi unicamente alla incapacità di questo rimedio a migliorare le condizioni di lavoro del cuore.

Concludendo, manca ogni prova clinica e farmacologica che giustifichi l'uso della stricnina nelle insufficienze acute o croniche del cuore.

R. B.

**Se la stricnina sia un antagonista della stovaina.**

In seguito a diligenti ricerche sperimentali sui conigli, I. Simon giunge alla conclusione che l'iniezione di stricnina non aumenta la resistenza alla stovaina nè modifica sostanzialmente il modo di comportarsi del centro respiratorio di fronte a questo farmaco. Dunque non trova sussidio nell'esperimento la pratica di Jonnescu, il quale inietta una miscela dei due alcaloidi nella regione dorsale del rachide per ottenere l'anestesia anche delle regioni superiori del tronco, nella fiducia che, se la stovaina avesse per caso raggiunto in alto i centri del midollo allungato, la sua azione verrebbe annullata dall'azione antagonista contemporanea della stricnina. Egli desumeva questo antagonismo da quello, ammesso da Bignon e da altri, fra cocaina e stricnina.

R. B.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(526) *Negli eczemi dei lattanti.* — Sarò ben grato a cotesta onorevole Redazione se nella « Posta degli abbonati » del *Policlinico* mi si vorrà rispondere sul seguente argomento.

Accennare cioè alle più recenti risorse terapeutiche nei casi di eczemi dei lattanti. Io intendo riferirmi agli eczemi (croste lattee) dirò così idiopatici e non già a quelli che si vogliono secondari a scrofolosi, ecc.

Lieto se potrò avere qualche dato in proposito, anticipatamente ringrazio e ossequio.

Abb. 5584.

La cura degli eczemi dell'infanzia costituisce uno dei compiti più penosi per il dermatologo, sia per l'incertezza che regna ancora sulla loro etiologia e sulla loro patogenesi, sia perchè bisogna spesso combattere i pregiudizi delle madri che temono effetti dannosi dalla soppressione di queste forme essudative.

In generale occorre anzitutto allontanare le croste, il che si può facilmente ottenere con la cosidetta *calotta oleata*, ungendo cioè il capo con la seguente miscela:

Acido salicilico . . . . . . gr. 1-2
Olio di ricino . . . . . . }
Olio di oliva . . . . . . } ana gr. 50

e poi ricoprendo la parte con una fasciatura ben fatta. In seguito si potrà adoperare la pasta al tumenolo e ossido di zinco al 5 %, consigliata dal Neisser, oppure il semplice unguento di ossido di zinco e bismuto ana 10 su 100 parti di vaselina. Sembra che anche il protargolo risponda bene in certi eczemi umidi dei poppanti. Una buona formula è: protargolo gr. 1; sciogli a freddo in acqua distillata gr. 5; lanolina anidra e vaselina ana q. b. p. f. gr. 100 di unguento.

Quello che importa sopratutto è di ottenere mercè solide fasciature che l'unguento resti bene aderente alle parti malate. La cura locale sarà inoltre integrata da quella interna, qualora si sospetti l'influenza di disturbi della digestione, o di altre funzioni, sulla genesi della dermatite eczematosa.

V. MONTESANO.

(527) All'abb. 1181:

L'educazione completa di un ragazzo sordomuto non può farsi che in un istituto *ad hoc*, di cui ne abbiamo numerosi in Italia, non tutti di egual valore scientifico e pratico, ma buoni (a Siena, quello che s'intitola da Padre Pendola; a Roma, ecc.).

Quanto ai lavori relativi all'educazione dei sordomuti, specie ai primi rudimenti di essa, vegga: O. Fornari: « Il sordomuto e la sua istruzione », Milano, Manuali Hoepli; — P. Parise: « Manuale di ortofrenia » ibid. Sarà anche utile la conoscenza del periodico *L'educazione dei sordomuti*, diretto dal prof. Giulio Ferreri di Milano. È al XII anno.

*g. b.*

## VARIA.

**Propaganda d'igiene.** — In tutte le scuole della Svezia è stato affisso il seguente decalogo d'igiene:

1. Aria fresca, notte e giorno, è condizione necessaria alla salute ed il miglior preservativo contro le malattie dei polmoni.

2. Moto è vita. Compiere tutt'i giorni esercizi all'aria aperta, lavorando e passeggiando, e così controbilanciare il lavoro sedentario.

3. Bere e mangiare moderatamente e semplicemente. Colui che all'alcool preferisce l'acqua, il latte, le frutta, rafferma la sua salute e le sue capacità di lavoro e la sua felicità.

4. Aver cura della pelle con intelligenza: avvezzarsi al freddo lavandosi quotidianamente con acqua ghiaccia e una volta la settimana prendere bagno caldo in ogni stagione. Si può così preservarsi dalle infreddature.

5. Vestire abiti nè troppo larghi nè troppo stretti.

6. Abitare una casa esposta al sole, asciutta, spaziosa, pulita, luminosa, piacevole, comoda.

7. Rigorosa pulizia in ogni cosa. Aria, alimenti, acqua, pane, panni, indumenti, camera, tutto dev'essere pulito... anche il morale: quest'è il miglior preservativo dal colera, dall'anemia, dal tifo e da tutte le malattie contagiose.

8. Lavorare regolarmente ed intensamente è altresì il miglior preservativo contro le malattie del corpo e dello spirito: è una consolazione nella sventura; è la felicità della vita.

9. Non cercare, dopo il lavoro, riposo o distrazione in feste rumorose, perchè non si trova. Le ore di riposo e di vacanza sono destinate alla famiglia e alle soddisfazioni spirituali.

10. Prima condizione di buona salute è una vita resa utile dal lavoro e nobilitata dalle buone azioni e dalle sante gioie. Il desiderio di essere un buon membro della famiglia, un buon lavoratore del suo mestiere, un buon cittadino della patria, conferisce alla vita un prezzo inestimabile.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

Dott. ANTONIO PASTEGA. *Gli anticorpi negli umori oculari di animali normali ed immunizzati e di cadaveri umani.* Spezia, Tip. Argiroffo, 1914. (Istituto Sieroterapico Milanese diretto dal prof. S. Belfanti).

L'A. dopo aver parlato nella « Prefazione » degli anticorpi in generale ed accennato a quelli dell'occhio, passa in succinta disamina nello « Studio storico », i reperti di precedenti osservatori sui singoli anticorpi degli umori oculari e sulle varie condizioni che modificano il loro tasso.

Addiviene poi alle sue « Ricerche sperimentali » esponendo da prima il metodo seguìto in esse.

Servirono a tali indagini cavalli ed asini immunizzati rispettivamente contro la tossina difterica e tetanica, dissenterica, il colera, il tifo, la tubercolosi, il carbonchio, il gonococco, l'adenite equina ed il sangue di coniglio; inoltre conigli trattati con emulsione di paratifo B e con albumine di maiale, di cavallo, di bue ed umana e cadaveri umani di tifosi e tubercolosi.

Nei *cadaveri umani di tifosi* nei quali il siero offriva agglutinazione al titolo massimo di 1:200 e fissazione a bassa quota, non si riscontra nè sostanze agglutinanti, nè fissanti nei rispettivi umori oculari.

Nei *cadaveri umani di tubercolosi* non si osserva reazione precipitante così nel siero come negli umori dell'occhio.

In *animali normali* corrispondenti a quelli immunizzati ed in *cadaveri umani normali* nel cui siero fu rilevata fra i vari anticorpi ricercati, la sola presenza di agglutinine in basso titolo e non in forma costante, nei rispettivi umori oculari l'indagine dei vari anticorpi riuscì negativa.

Il presente lavoro reso meglio dimostrativo da note riassuntive e da considerazioni per ciascun gruppo di ricerche, è chiuso da un capitolo sulla *Sierologia nella terapia oculare in rapporto alle ricerche immunitarie,* nel quale esposte le moderne aplicazioni della vaccinoterapia e della sieroterapia specifica e paraspecifica. A. R.

*Vite dei medici e naturalisti celebri.* 2. M. CARDINI: *Francesco Redi.* 3. D. BARDUZZI: *Ugolino da Montecatini.* Firenze, Istituto Micrografico Italiano, 1914-1915.

Questa elegante collezione, iniziatasi con l'*Eustachi* di G. Bilancioni, continua con fortuna le sue pubblicazioni; il Cardini si occupa della figura interessantissima di *Francesco Redi,* al tempo istesso insigne naturalista, medico, fisico e poeta. Oltre alla vita e all'ambiente in cui operò, l'A. accenna agli scritti intorno alle vipere e alla generazione degli insetti, in cui il Redi applicò alla scienza della natura il metodo sperimentale, compiendo molte osservazioni nuove su fatti fisici. Sullo sfondo del quadro si muovono numerose figure minori, della Corte Medicea e di poeti giocosi.

Il terzo volumetto è dedicato al primo idrologo italiano, a *Maestro Ugolino Caccini,* l'autore del *De Balneis.* Il Barduzzi lo dice « il vero restauratore della idrologia medica, avendo egli per il primo concepito un lavoro organico, basato sopra dati positivi, visitando e studiando le varie sorgenti minerali e termali, e sopra casi clinici numerosi, compiendo studi ed osservazioni dai primi anni della sua carriera e continuandoli fino alla pubblicazione del suo trattato ».

I volumetti sono ricchi di documenti e di nitide riproduzioni fotografiche; presto seguiranno quelli dedicati a Ramazzini, Malpighi, Cesalpino, Mercuriale.

*gb.*

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

### Il servizio di trasporto dei feriti.

Alcuni giornali politici hanno accennato ad una specie di dissidio tra la Sanità militare e la Croce Rossa, dissidio che rimasto latente e senza effetti durante il tempo di pace avrebbe assunto nel primo periodo della nostra guerra una forma acutissima e molto pericolosa. Non si sarebbe trattato di una nobilé gara nel far meglio, ma di una specie di ostracismo che la Sanità militare avrebbe decretato ed applicato verso la Croce Rossa. Il *Corriere della Sera* infatti scriveva:

« Vogliamo insistere su una circostanza, fra le molte suesposte: quella che, mentre a Milano sono numerosi gli ospedali vuoti, splendidi per preparazione, adattatissimi per salubrità, si sieno preferiti locali, che se fu utile e prudente predisporre, non rappresentano — come l'ex dormitorio pubblico di via Colletta — l'ideale del ricovero sanitario sia per la infelicità degli ambienti, sia perchè al contatto com'è di vie rumorose e polverose.

« È questa forse una delle conseguenze di una specie di ostilità, manifestatasi nella Sanità militare, contro le iniziative da essa non strettamente dipendenti, non esclusa la Croce Rossa, che la stampa ebbe già occasione di far rilevare? Non sappiamo; ma, poichè si tratta evidentemente di una preoccupazione di autonomia ad ogni costo per parte della Sanità militare, osserviamo che da essa derivano altri gravi inconvenienti: quello, ad esempio, che feriti gravissimi vanno a finire in ospedali secondariissimi improvvisati alla meglio, che dovrebbero servire solo in un ultimo estremo, mentre feriti lievi sono in ospedali disposti per feriti che esigono operazioni d'alta chirurgia, o dotati di tutto quanto necessita per casi difficili e complicati ».

Per parte nostra possiamo confermare che il dissidio con tutte le sue pericolose conseguenze c'è stato: ma fortunatamente esso è ora sulla via della composizione. E di ciò è prova il miglioramento che si è andato verificando nel servizio di trasporto dei feriti.

Come è noto questi vengono inviati ai luoghi di ricovero e di cura a mezzo dei cosidetti treni attrezzati della Sanità militare e dei treni ospedali della Croce Rossa e della Croce di Malta.

Questi ultimi sono costituiti da vetture a carrello, con ottime molle di sospensione, intercomunicanti: sono splendidamente arredati e forniti di ogni mezzo di cura e di conforto anche per feriti gravi e per lunghi viaggi. In questi treni anche il personale medico e di assistenza ha il modo di potersi dare il necessario riposo.

I treni attrezzati fino a poco tempo fa (ora si ha notizia che alcuni di questi treni avranno, almeno per il materiale, una composizione analoga a quelli della Croce Rossa e della Croce di Malta) erano esclusivamente costituiti da carri merci alle cui pareti si trovano appese le barelle.

Chi conosce la durezza delle molle di sospensione di questi carri può immaginare a quali specie di scosse e di sbalzi siano esposti i poveri feriti. I carri stessi non sono forniti di un adatto sistema di chiusura, per modo che i feriti o debbono soffocare e stare all'oscuro o essere esposti a tutte le intemperie, alla polvere, al fumo fastidiosissimo specialmente durante il passaggio nelle gallerie. D'altra parte i carri non sono intercomunicanti, per modo che durante i lunghi percorsi tra una fermata e l'altra i feriti rimangono senza alcuna assistenza, ed il medico di scorta deve attendere le fermate per passare da un carro all'altro e rinunciare a qualsiasi anche brevissimo riposo durante tutto il viaggio. Sappiamo che alcuni colleghi comandati a questo servizio sono rapidamente caduti in forme di esaurimento, per cui hanno dovuto essere esonerati. Non diciamo che cosa sarebbero questi treni d'inverno, sprovvisti come sono di qualsiasi sistema di riscaldamento.

Eppure i treni attrezzati nel primo periodo della nostra guerra viaggiavano sempre carichi di feriti, mentre i treni della Croce Rossa e della Croce di Malta giravano per le linee della zona di guerra carichi di.... medici, di dame e d'infermieri.

E ciò ad onta delle preghiere e delle proteste dei soldati stessi, che appena feriti chiedevano d'essere trasportati con i treni della Croce Rossa e non con quelli attrezzati. Anche lungo le trincee dell'Isonzo e sulle vette alpine si conosceva la differenza tra le due specie di convogli!

Ora le cose si sono andate modificando ed i treni per il trasporto dei feriti attualmente trovano tutti una conveniente utilizzazione.

Ma non si può fare a meno d'insistere per la completa soppressione dei treni attrezzati, specialmente di quelli composti con carri merci.

Fortunatamente il numero dei nostri feriti e malati non è grande, e la Croce Rossa e la Cro-

ce di Malta potrebbero con i loro treni provvedere da sole a tale servizio. Tanto più che date le loro risorse finanziarie le due istituzioni potrebbero ancora aumentare il numero dei treni ospedali. La cosa sarebbe più fattibile quando le due istituzioni e specialmente la Croce Rossa si decidessero a rinunziare a certi inutili sperperi ed a qualche elemento di lusso nella composizione dei treni stessi.

Per quel che riguarda gli sperperi possiamo affermare che è universalmente deplorata la istituzione dei numerosi posti di soccorso nelle stazioni ferroviarie, posti costosi quanto inutili. Gli stessi medici che vi sono preposti si affaticano a dimostrarne la inutilità e si lamentano perchè sono costretti a rimanere inoperosi per giornate intere. Qualcuno ci ha dichiarato che dal maggio fino ad oggi non ha medicato una graffiatura e che non ha comunque avuto occasione di prestare l'opera sua.

Eppure questi posti di soccorso costano diecine di migliaia di lire al giorno. E sono inutili. Non giovano neppure per dare qualche ristoro ai feriti, ai malati di passaggio, perchè a ciò provvedono svariati Comitati locali. Sono inutili specialmente là dove, come in tutte le grandi stazioni, esistono posti di soccorso istituiti già in tempo di pace dal servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, posti che convenientemente integrati potrebbero provvedere a tutto il servizio di soccorso di urgenza nell'ambito ferroviario.

Se la Croce Rossa si decidesse alla soppressione dei suoi posti nelle stazioni, sopressione di cui tutti vedono la convenienza, potrebbe realizzare un'economia di parecchie diecine di migliaia di lire al giorno, che potrebbero essere utilizzate per la istituzione e l'esercizio di parecchi altri treni ospedale.

Nel servizio di questi treni la Croce Rossa si è dimostrata davvero eccellente, ed ora dovrebbe far convergere tutti i suoi sforzi, tutte le sue risorse nel miglioramento e nell'aumento di tale servizio, rinunziando ad incarichi secondarî che possono essere disimpegnati da altre istituzioni o che costituiscono solo la ripetizione di funzioni già esistenti.

Così la Croce Rossa dovrebbe limitare o rinunciare anche al servizio delle ambulanze. Di ospedali da campo, di posti di medicazione, la Sanità militare ne ha fin troppi. Chi ha frequentata la zona di guerra ha potuto constatare che parecchie diecine di ospedali da 200, 100 e 50 letti sono accantonati in attesa di funzionare; il loro numero è tale da poter corrispondere adeguatamente a qualsiasi deprecata richiesta. Per questo lato il servizio della Sanità militare non ha bisogno di essere integrato.

Concludendo adunque noi riteniamo che la Croce Rossa debba, rinunziando ad altri incarichi, occuparsi prevalentemente del servizio del trasporto dei feriti, perfezionando questo servizio non nel senso di un miglioramento qualitativo, chè i suoi treni sono già troppo perfetti e qualche riduzione nelle spese di lusso non farebbe male, ma nel senso di aumentarne il numero in modo che possano essere definitivamente tolti dalla circolazione i treni attrezzati della Sanità militare.

Avrà così ciascuna organizzazione sanitaria il suo compito ben definito, ciascuna nell'ambito delle sue competenze provvederà alla cura, al conforto, all'assistenza dei feriti e dei malati della nostra guerra e superate le prime difficoltà scompariranno, come accennano a scomparire, quei segni di incertezza che qualcuno ha lamentato.

DR.

## Cronaca del movimento professionale.

*I medici assimilati e la divisa militare.* — Riceviamo e pubblichiamo:

Onorevole signor Direttore,

In qualità di abbonato del giornale *Il Policlinico* mi rivolgo alla S. V. perchè voglia interessarsi nelle colonne di detto giornale di quanto sarò per esporle.

Nel fasc. n. 30 di detto giornale, nella rubrica: *Nella vita professionale,* lessi con molto piacere riprodotta una lettera già pubblicata dal *Giornale d'Italia* circa «I medici assimilati e la divisa militare»: detta lettera veniva, per parte del giornale, commentata nel modo più benevolo, ispirandosi a sentimenti di alta giustizia e ritenendo legittimo il desiderio esposto. Si aggiungeva inoltre che non solo i postelegrafici, anch'essi assimilati, e gli aspiranti medici avevano la loro divisa, ma anche i medici della Croce Rossa. All'assimilato che volontariamente, e il più delle volte con i più gravi sacrifici, si è messo a disposizione dell'autorità militare per prestare la sua santa opera, veniva invece concesso un bracciale a guisa dei ferrovieri o di altre classi che, pur rimanendo a disposizione delle autorità militari, restavano, avendo obblighi di leva, al loro posto per il disbrigo delle consuete mansioni.

Ben altro invece è il compito del medico civile assimilato: egli esce dalla sua sfera di azione per entrare in un'altra ben diversa, quella militare, con tutti i relativi oneri, ed essendo sottoposto ai regolamenti militari, alla disciplina militare. E allora perchè questo trattamento diverso? perchè creare questo stato di inferiorità per una classe così benemerita?

Il malcontento è generale, e posso assicurarle che sono i più, per non dire la quasi totalità, quelli che sentono già il peso di questa posizione ambigua e intendono recedere dall'impegno morale assunto, cosa che è in loro facoltà.

È ovvio io le dica perchè vi sia questa levata di scudi: sono mille gl'inconvenienti che ad ogni piè sospinto si presentano a chi già trovasi in servizio e sente perciò il bisogno di regolare la sua posizione o di riacquistare la propria libertà di azione.

È inoltre necessario io le faccia presente un altro fatto della massima importanza: quando, vari anni or sono, si fecero gl'inviti ai medici civili di mettersi a disposizione dei relativi corpi di armata per prestare la propria opera in caso di mobilitazione, si metteva a loro scelta il grado militare, o l'assimilazione al grado, senza che vi fossero delle condizioni speciali per avere il conferimento dell'uno o dell'altro stato. Quelli che scelsero di avere il grado vestono oggi la divisa; gli altri, ossia quelli che scelsero la semplice assimilazione, hanno avuta la interdizione di indossare l'abito militare, pur avendo le identiche mansioni dei primi. Se domandano ora di avere il grado, invece di rimanere semplicemente assimilati, si risponde loro che ciò è loro concesso solo se accettano il grado immediatamente inferiore. A che questo diverso trattamento per chi pur si sente degno di indossare al pari degli altri l'onorata divisa per servire la Patria e per la quale ha sentito tanto nobilmente, da mettere la propria opera a completa disposizione di essa?

Ma mentre fin qui siamo completamente d'accordo con quanto scriveva il redattore di cotesto giornale nel numero sopra citato, ecco che nel numero seguente, nella stessa rubrica e sotto lo stesso titolo, si viene da un gruppo di medici, che deve essere ben esiguo, a confutare quanto era contenuto nel primo articolo, arrivandosi perfino a sostenere che la divisa importa obblighi i quali *turbano ed intralciano i servizii anzichè giovare, riduce la libertà e indipendenza di cui il medico sente bisogno, anzi necessità, per il pieno adempimento di un alto mandato*, e allora, a parte tutte le considerazioni che in contrario si potrebbero fare, si verrebbe a stabilire che tutti quelli, e sono la massima parte, che indossano la divisa, risentono nocumento da ciò e possono solo molto mediocremente adempiere al mandato loro affidato.

Io non credo che un sentimento antimilitarista abbia potuto suggerire a questi colleghi tali e tante considerazioni, ma dall'altra parte non so come giustificare modi tali di vedere che sono in perfetta antitesi con gli ordinamenti militari stessi. E poi, non abbiamo forse detto che l'assimilato è sottoposto a regolamento e disciplina militari, cosa che veniva anche sancita in un recente bando militare?

Le chiedo scusa per la prolissità di questa mia, ma ho creduto, nell'interesse della giustizia, mettere nelle sue mani una questione di alto interesse per il nostro funzionamento, sicuro che Ella, affidando la pratica al redattore che si occupa della succitata rubrica, voglia, a mezzo del suo autorevolissimo giornale, elevarsi a patrocinatore delle nostre giuste aspirazioni.

Siccome scrivo la presente anche a nome di moltissimi colleghi, non vorrei in tutti i modi che si facesse il mio nome su articoli che il giornale credesse opportuno pubblicare al riguardo.

Mi creda, con la massima stima, e grato dell'interessamento che spiegherà, di Lei

Dev.mo. S. N.

*I medici richiamati reggimentali.* — Ci si scrive per rilevare che i numerosi medici richiamati, anche se di 3ª categoria ed anche se iscritti alla milizia territoriale, sono inviati a prestar servizio in qualità di medici reggimentali; invece gli ufficiali medici effettivi non figurerebbero che in trascurabile numero presso i reggimenti, e verrebbero in maggioranza destinati presso gli uffici o presso gli ospedali, sia da campo che territoriali.

Si chiederebbe che ai reggimenti, dove c'è bisogno di una maggiore conoscenza del servizio e dei regolamenti militari e dove si è esposti a maggiori fatiche, fossero destinati gli effettivi ed i più giovani tra gli ufficiali medici di complemento.

*Gli ufficiali medici offesi o segnalatisi in guerra.* — Da una lettera del dott. G. Fatichi di Firenze al prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei medici, riportiamo il seguente brano, non senza osservare che sarebbe assai difficile mettere in pratica il *desideratum* espresso dal collega, data la difficoltà di procurarsi le notizie occorrenti:

Per l'interesse che noi tutti sentiamo pei colleghi nostri che sono sul fronte o in altri servizi, interesse che ha carattere differente da quello che nutriamo pieno di augurio e di ansie pei combattenti tutti, ritengo vantaggioso e doveroso che i principali giornali medici e i giornali di classe pubblichino in ogni numero i *nomi dei colleghi e degli studenti di medicina* offesi o segnalatisi in guerra e la provincia cui appartengono, distinguendoli in *morti, feriti, prigionieri, dispersi, malati e decorati.*

In un primo numero dovrebbe esser reso conto dei colleghi dalla dichiarazione di guerra ad oggi, nei numeri successivi solo dell'ultimo periodo.

Tornata la pace la classe nostra dovrà onorare la memoria dei colleghi morti in guerra.

In occasione della guerra libica dopo il martirio del dott. De Murtas e di altri medici il Consiglio dell'Unione Sanitaria Fiorentina approvò la mia proposta di tenere presso ogni Ordine dei medici un albo d'onore, dove fossero inscritti i nomi dei colleghi morti in Libia, che ogni Ordine curasse che una lapide fosse posta coi nomi dei caduti nell'Università dove essi avevano studiato e una lapide ne ricordasse la memoria nel paese di nascita. Ma non fu provveduto all'applicazione del deliberato.

Oggi rinnovo quella proposta alla S. V. estendendola ai caduti in questa guerra d'indipendenza.

La S. V. coll'autorità del nome e della posizione potrà presso il Ministero della guerra o presso la Direzione Generale di Sanità ottenere i dati necessari all'attuazione delle due proposte.

In questa maniera la classe avrà seguita e conosciuta la sorte dei colleghi e onorata la memoria loro, come era suo dovere.

Che se la S. V. troverà modo più degno per onorare la memoria dei colleghi sarò lieto di associarmi alle sue proposte soddisfatto di aver sollevata la nobile questione.

Con ossequio, della S. V.

Dev.mo Dott. G. FATICHI.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5418) *Pagamento stipendii - Mancanza alloggio in sede di condotta.* — Il Dott. G. A. da R. desidera conoscere quale articolo di legge impone all'esattore l'obbligo di pagare gli stipendii ai medici condotti non ostante la mancanza di fondi in cassa ed in qual modo debba regolarsi circa l'obbligo della residenza ammesso il fatto che mancano, dove egli si trova, alloggi convenienti e l'unico che esiste costa lire 450 annue.

L'esattore è obbligato a pagare i mandati rilasciati a favore del medico condotto in virtù dello articolo 40 del testo unico delle leggi sanitarie ancorchè non abbia fondi in cassa. Se il fitto che si pretende per l'unico alloggio possibile che esiste nel luogo ove ha la condotta è molto esagerato e sproporzionato allo stipendio che riceve, rivolga domanda al Consiglio comunale per congruo aumento. Nel caso di esito negativo chieda provvedimenti di ufficio da parte della G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 del precitato testo unico. Il fatto costituisce secondo noi, una delle ipotesi per cui è legittimo l'intervento della autorità tutoria onde impedire che cessi il servizio permanente in loco con detrimento degli interessi dei naturali, che han diritto alla assistenza medico-chirurgica.

(5420) *Servizio militare.* — Al Dott. S. C. abbonato n. 2761 rispondiamo che dal momento che il proprio capitolato dà diritto, in caso di chiamata sotto le armi, a soli tre mesi di stipendio, non si può pretendere altro. L'articolo 20 del testo unico delle leggi sullo stato giuridico degli impiegati, che è stato del resto recentemente modificato anche a riguardo dei funzionarii dello Stato, non ha valore per gli impiegati comunali se non in quanto sia stato trasfuso nel regolamento speciale organico. Ciò non pare che sia avvenuto perchè egli stesso afferma che per capitolato ha diritto al pagamento di tre soli mesi di stipendio.

(5421) *Capitolato di condotta.* — Il Dott. G. L. da M. desidera conoscere quali pratiche debba esperire per ottenere che il Comune adotti il regolamento sanitario tipo redatto dal Consiglio provinciale di sanità ed inviato dal prefetto a tutti i Comuni della provincia.

Il regolamento tipo redatto dal Consiglio provinciale sanitario non è obbligatoriamente imposto ai Consigli comunali. La sua adozione è facoltativa, cioè dipende dalla libera elezione dei Consigli comunali. Ella, quindi, non ha, per tal verso, alcun mezzo per obbligare il Comune ad accettarlo. Però siccome a seguito del regolamento del 1906 furono tutti i Comuni obbligati a modificare, in conformità delle nuove norme, i rispettivi capitolati ed Ella può avere interesse a che tale revisione, che non fu fatta a suo tempo, si faccia ora traendo vantaggio dello schema modello distribuito dalla Prefettura, si potrebbe ricorrere alla G. P. A. perchè provveda di ufficio al riguardo, ben potendosi interpretare l'inadempienza del Comune, come atto di rifiuto a compiere una operazione resa obbligatoria per legge.

(5422) *Certificati medici.* — Al Dott. abbonato n. 2617 rispondiamo che il medico è obbligato a rilasciare tutti i certificati di cui è richiesto dalle parti. Se trattasi di persone non povere il detto rilascio è a pagamento.

(5423) *Servizio militare - Competenza.* — Il Dott. L. C. da C. del G. desidera conoscere se nei due mesi di stipendio che per il locale regolamento si debbono corrispondere dal Comune in caso di chiamata alle armi ai proprii impiegati, sia compreso quello già passato in congedo ordinario, se le disposizioni che a tale riguardo sono stabilite per gli impiegati comunali in genere, si applichino eziandio ai medici condotti, e se il congedo comincia dal giorno in cui si lascia il servizio o dal mese successivo.

Noi riteniamo che il mese di congedo ordinario non sia compreso nei due durante i quali, in caso di chiamata sotto le armi, è corrisposto lo stipendio agli impiegati comunali. Il locale regolamento, infatti, dispone che all'impiegato sotto le armi si debbono corrispondere due mesi di stipendio, ma non parla di congedo, per cui sia possibile equivoco. Le disposizioni relative al servizio militare stabilite per gli impiegati comunali in genere, si applicano eziandio ai medici condotti per la identità della loro posizione. Il congedo comincia a decorrere dal giorno in cui si lascia il servizio.

(5424) *Servizio militare.* — Al Dott. abbonato n. 7383 rispondiamo che qualora in seguito a nuova visita fosse riconosciuto abile al servizio militare verrebbe incorporato nel R. Esercito come semplice soldato. Potrebbe, però, avanzare domanda per la nomina ad ufficiale medico di complemento, per cui ha tempo fino al 31 dicembre di questo anno.

(5425) *Divisione delle condotte.* — Il Dott. P. T. R. da T. desidera conoscere quale articolo del regolamento o della legge del 1904 impone ai Comuni l'obbligo della divisione delle singole condotte.

Non consta che sia stata mai resa obbligatoria ai Comuni la divisione delle singole condotte.

(5426) *Visita delle carni macellate.* — Il Dottore abbonato n. 6438 chiede conoscere se gli competa compenso per la visita alle carni macellate che come ufficiale sanitario è obbligato a prestare durante le frequenti assenze del veterinario comunale.

Se il veterinario comunale esiste, l'ufficiale sanitario non è tenuto alla ispezione dei macelli ed alla visita delle carni macellate. Se, ciò non ostante, esegue l'uno e l'altro servizio, ha diritto a speciale compenso. Qualora non esista veterinario comunale, a tale servizio deve egli adempiere gratuitamente in forza dell'articolo 8 del regolamento 3 agosto 1890.

(5427) *Pensioni.* — Al Dott. R. S. da V. che chiede conoscere se esistendo nel Comune un regolamento per pensioni più vantaggioso di quello governativo possa sottrarsi dall'obbligo di iscriversi alla Cassa di previdenza dei medici condotti, rispondiamo negativamente principalmente perchè ai medici condotti, quali che siano i regolamenti speciali in vigore, la pensione è sempre liquidata in base alla tabella *A* annessa alla legge, e viene pagata dallo Stato, salvo rimborso dagli enti locali della parte proporzionale agli anni di servizio prestati prima della istituzione della Cassa.

(5428) *Barbiere flebotomo-dentista.* — Il Dottor G. B. da B. chiede conoscere in base a quale legge un barbiere flebotomo munito di patentino è autorizzato a fare il dentista e se possa praticare iniezioni ipodermiche e medicature chirurgiche.

In base all'articolo 4 della legge 31 marzo 1912, n. 298, coloro che da non meno di 15 anni esercitavano odontojatria e protesi dentaria pubblicamente e personalmente, furono autorizzati a continuare l'esercizio a seguito di riconoscimento della loro idoneità da parte di apposita Commissione esaminatrice sentito il parere del Consiglio provinciale di sanità. Non possono, però, tali persone eseguire iniezioni ipodermiche che non abbiano relazione al servizio odontoiarico e protesi dentaria, nè fare medicature chirurgiche in campo estraneo.

(5429) *Onorari.* — Al Dott. abbonato n. 6486 rispondiamo che per sistema il giornale non indica il prezzo delle operazioni chirurgiche, perchè un giudizio aprioristico potrebbe riuscire, il più delle volte, fallace non tenendosi sotto occhio tutte le circostanze che indubbiamente accompagnano qualsiasi atto operativo.

(5430) *Pensioni.* — Il Dott. A. R. da S. C. A. desidera conoscere quale pensione riscuoterà con 25 anni di servizio e 50 di età e se con le ultime disposizioni deve riscattare i primi anni.

Alle condizioni esposte liquiderà l'annua pensione di lire 799. Avendo aderito alla cassa fin dalla sua prima istituzione, gli anni di servizio prestati prima della iscrizione vengono riscattati di diritto se non oltrepassano il numero di 15 senza alcun speciale corrispettivo.

(5431) *Cura di militari dell'arma dei RR. CC.* — Il Dott. F. B. da F. d'A. desidera conoscere se stando al proprio capitolato che gli impone di curare gratuitamente i poveri, i detenuti del carcere ed i militari che soggiornano nel comune o che vi sieno di passaggio abbia l'obbligo di prestarsi gratuitamente alla cura dei RR. CC.

Tenuto conto della locuzione usata dal capitolato non sembra dubbio che Ella abbia l'obbligo di curare i militari dell'arma dei RR. CC. perchè essi *soggiornano* nel Comune.

(5432) *Servizio militare.* — Il Dott. C. G. da R. desidera conoscere se avendo accettato nel 1902 la nomina ad ufficiale medico del R. Esercito per il caso di mobilitazione pur essendo esente da servizio militare abbia ora il dovere, se chiamato, presentarsi e se, non costituendo ciò un obbligo, possa prestandosi a servire volontariamente, mantenere il posto e lo stipendio di ufficiale sanitario per la intera durata della guerra.

Avendo aderito alla nomina ad ufficiale medico nel R. Esercito è per Lei ora obbligatorio il rispondere alla chiamata, tranne che il Ministero, in vista di speciali circostanze, non

credesse esonerarlo da qualsiasi impegno. Ciò, però, che per Lei è obbligatorio, non costituisce obbligatorietà da parte del Comune, il quale non potrebbe essere tenuto a corrispondere lo stipendio per la intera durata della guerra ad un professionista, che pur potendo essere esonerato da qualsiasi servizio, si sia volontariamente e liberamente impegnato da molti anni prima. Di tal che se Ella non potesse ottenere la dispensa e dovesse partire, non potrebbe pretendere dal Comune la conservazione del posto e la corrisponsione dello stipendio per la intera durata del servizio militare.

(5433) *Vendita di garze, cotone, fasce, ecc. ecc.* — Il Dott. P. C. da L. desidera conoscere se una persona che sia munita di diploma di farmacista possa vendere al pubblico esclusivamente pacchetti di garza, cotone e fasce, non potendosi queste considerare come sostanze medicinali a dose medicamentosa e se per essere autorizzato basta fare domanda al Sindaco come impianto di un esercizio pubblico ovvero bisogna fare altro.

I pacchetti di garza di cotone e le fasce possono essere vendute dal farmacista in parola, facendo le pratiche consuete per l'apertura di un esercizio pubblico qualsiasi.

(5434) *Pensioni.* — Il Dott. Cele desidera conoscere se essendo ufficiale sanitario fin dall'ottobre 1908 e medico condotto fin dal 1900 possa riscattare il servizio prestato nel 1909, e se nella qualità di ufficiale sanitario possa far sospendere da un pubblico servizio il marito di una tubercolotica.

Ella può riscattare parte dell'anno 1908 ed il 1909 perchè tanto l'uno quanto l'altro periodo di tempo è anteriore al 1904, epoca in cui la legge sulla cassa di previdenza fu estesa anche agli ufficiali sanitari e ciò pel tassativo disposto dello articolo 36 del testo unico delle leggi relative all'Amministrazione della Cassa dei Depositi e Prestiti, approvato col R. Decreto 2 gennaio 1913, n. 453. L'ufficiale sanitario non può in tale sua qualità fare allontanare da un pubblico servizio il marito di una tubercolotica.

(5436) *Aumento di stipendio di ufficio da parte della G. P. A.* — Il Dott. G. B. da S. A. in G. desidera conoscere in tema di aumento di stipendio di ufficio da parte della G. P. A.: 1. in qual termine il Comune può ricorrere contro il provvedimento della autorità tutoria; 2. a quale autorità si debba unicamente ricorrere; 3. se si possa ricorrere ad altre autorità in sede contenziosa; 4. se il gravame deve essere notificato al medico condotto ed alla G. P. A.; 5. se la decisione della G. P. A. deve essere notificata alla parte interessata prima di qualsiasi gravame; 6. se l'interposto ricorso produce effetto sospensivo; 7. a chi si debba ricorrere per ottenere che il Comune si attenga al caso deciso.

Il ricorso contro il provvedimento della G. P. A. con cui si aumenta di ufficio lo stipendio del medico condotto deve essere proposto entro il termine di giorni 30 prescritto dalla legge comunale e provinciale, giusta circolare del Ministero dell'interno del 5 maggio 1910, numero 20400-1. Esso deve essere unicamente diretto al Consiglio superiore di sanità, non essendo in materia competente altro qualsiasi Corpo contenzioso amministrativo. Naturalmente allo inoltro del ricorso deve precedere la notifica allo interessato del provvedimento che si intende impugnare, nè il ricorso stesso può essere consegnato alla autorità competente se non risulti da atto legale che esso fu previamente notificato alle parti, che nel caso sarebbero medico condotto e G. P. A. Nessun ricorso amministrativo produce effetto sospensivo e, quindi, nemmeno quello in esame. Per ottenere che il Comune si attenga al caso deciso e corrisponda al sanitario quell'aumento di stipendio, cui ha presentemente diritto, occorrerà rivolgersi all'autorità giudiziaria, citando innanzi ad essa l'Amministrazione municipale.

(5437) *Sostituzione del veterinario da parte dell'ufficiale sanitario - Compenso.* — Il Dottor S. V. da C. desidera conoscere se disimpegnando il servizio di ispezione del pubblico macello e delle carni macellate in luogo e vece del veterinario condotto, che trovasi sotto le armi, abbia diritto a speciale compenso.

Il veterinario condotto, che trovasi sotto le armi per mobilitazione è considerato come in congedo ed ha quindi, diritto a sostituzione a spesa del Comune. Non è però giusto che tale supplenza sia sostenuta dall'ufficiale sanitario gratuitamente, perchè egli non è tenuto normalmente alla sostituzione del veterinario durante il congedo. Se egli si presta a tale servizio deve essere ricompensato a parte.

(5439) *Riposo settimanale delle farmacie.* — Il Dott. M. P. da B. desidera conoscere se essendoci un decreto prefettizio che obbliga i farmacisti alla osservanza della legge sul riposo festivo può costringere tutti i farmacisti di un paese rurale di cui nessuno ha commessi a sottostare alle disposizioni emanate dalla Prefettura.

Per virtù dello articolo 28 del regolamento per la legge sulle farmacie, il prefetto, sentite le Giunte comunali ed il Consiglio provinciale di sanità, stabilisce le norme e gli orari per il regolare esercizio delle farmacie nella provin-

cia, tenendo anche conto della convenienza, ove sia possibile, di concedere la chiusura domenicale. Ora se costà il prefetto ha imposta la chiusura domenicale vuol dire che, valutate le condizioni locali, ha creduto di poter concedere tale facilitazione senza danneggiare il servizio. Esistendo il decreto prefettizio, nessuno può sottrarsi dall'osservarlo.

(5440) *Servizio straordinario come ufficiale sanitario.* — Al Dott. M. R. da U. rispondiamo che, sembrando anche a noi giusto che il servizio straordinario che esegue sia anche straordinariamente ricompensato, dovrebbe fare analoga domanda alla autorità competente, accompagnandola con un certificato delle autorità locali, con cui si attesti il maggior lavoro sostenuto.

(5442) *Servizio a scavalco - Stabilità.* — Il Dott. R. D'A. da Q. desidera conoscere se essendo medico condotto da un anno in un tale Comune acquisterà in esso, allo scadere del biennio, il diritto della stabilità, non ostante abbia assunto, per la durata della guerra servizio a scavalco in un Comune limitrofo.

Allo scadere del biennio acquisterà la stabilità nel Comune in cui ha già compiuto un anno di carica. Allo acquisto della stabilità in un determinato centro non fa ostacolo il servizio a scavalco che si esegue in un Comune limitrofo, purchè, però, detto servizio si sia assunto con consenso della Amministrazione municipale e non si trovi in contrasto con tassativa contraria disposizione del capitolato.

(5443) *Cumulo di stipendii - Chiamata alle armi.* — Il Dott. abbonato N. 3438 espone: Il Municipio ha dichiarato di applicare per i proprî medici condotti richiamati l'articolo 2 del decreto luogotenenziale dell'11 luglio scorso, n. 1064. Uno di tali medici, oltre ad essere condotto nel Comune è anche al servizio della Provincia con regolare nomina in un ricovero di mendicità ed al servizio dello Stato come medico del carcere giudiziario anche con nomina regolare. Ogni singolo stipendio è inferiore a quello del grado che il sanitario va ad assumere nello esercito; ma i tre stipendii, cumulati insieme, sono, invece, superiori. Desidera conoscere se il sanitario ha diritto di farsi pagare la differenza fra lo stipendio militare ed il cumulo dei tre stipendii civili e quali enti ed in quale proporzione dovranno pagarla.

Il decreto luogotenenziale da Lei citato non prevede tassativamente il caso esposto. Stando, però, ai principî informatori del medesimo si deve convenire che al medico, di cui nel quesito, spetti la differenza del cumulo degli stipendi civili di cui gode, su quello militare. La differenza deve essere pagata dal Comune, dalla Provincia e dallo Stato, ognuno per una quota parte proporzionale allo stipendio che originariamente corrispondeva.

(5445) *Congedi annuali - Sospensione.* — Il Dott. G. B. da R. desidera conoscere se sia vero che il Governo ha tassativamente sospese per questo anno le licenze ai medici condotti e se, nei casi in cui il servizio sanitario non venga a soffrirne, queste possano essere tuttora concesse.

Nessuna disposizione fu emessa dal Governo, diretta a sospendere per questo anno la concessione dell'annuale congedo ai medici condotti. Qualora le condizioni locali della pubblica salute il consentano, ben possono essere anche ora accordate.

(5446) *Certificati - Pagamento di visite.* — Il Dott. G. I. da T. desidera conoscere se tutti i certificati che si stendono in carta semplice debbano essere rilasciati gratuitamente, se gli eredi di una persona che era inscritta nello elenco dei poveri abbiano il dovere di pagare il medico condotto per le visite fatte nell'ultimo semestre antecedente alla nomina e se come antico medico supplente possa, se nominato titolare in base a concorso, acquistare subito la stabilità.

Poichè i certificati in carta libera sono rilasciati a persone povere e poichè queste sono incluse nello elenco degli aventi diritto ad assistenza sanitaria gratuita, ne deriva che il rilascio a tali persone dei certificati di cui hanno eventualmente bisogno, è fatto gratuitamente. In altri pochissimi casi è lo scopo del rilascio del certificato che impone la gratuità della prestazione, anche di fronte a persone abbienti, che sono autorizzate ad esibire taluni certificati in carta semplice. Gli eredi sono tenuti a soddisfare gli eventuali creditori del loro autore, anche con beni o proprietà proprie, quando non si sia avuta l'avvertenza di accettare la eredità col beneficio dell'inventario. Però siccome l'autore era inscritto nello elenco dei poveri, ed aveva quindi diritto alla assistenza sanitaria gratuita, nessun debito ha, per tal verso, lasciato ai suoi eredi, i quali, non possono essere perciò compulsati pel pagamento. Il periodo di servizio prestato nella qualità di supplente non è computato in quello di prova per lo acquisto della stabilità.

(5447) *Indennità di vestiario nel R. Esercito - Competenza.* — Il Dott. L. B. M. da M. S. S. desidera conoscere se essendosi dimesso fin dal 27 aprile p. p. dal grado di ufficiale medico del R. Esercito abbia diritto alla indennità vestiario per aver avuto partecipato l'accettazione

delle dimissioni nel giorno 28 maggio, cioè quattro giorni dopo a quello in cui si sarebbe dovuto presentare alle armi per la mobilitazione.

Noi riteniamo che Ella abbia diritto alla indennità vestiario perchè nel giorno stabilito per la mobilitazione Ella ignorava che le presentate dimissioni erano state accettate. È ovvio che nessun provvedimento amministrativo può produrre il suo effetto se non è comunicato alla parte interessata. Se Ella avesse conosciuto il provvedimento stesso, non si sarebbe presentato il 24 maggio e non avrebbe, perciò, fatta la spesa della divisa. Per Lei, dunque, la presentazione del giorno 24 era obbligatoria ed essendo tale deve produrre tutti gli effetti giuridici inerenti, fra cui anche la corrisponsione della indennità vestiario.

(5448) *Chiamata alle armi - Medici di Opere pie.* — Al prof. G. F. da M. rispondiamo che non vi è una disposizione speciale per i medici delle Opere pie chiamati sotto le armi. Con circolare furono, però, le dette istituzioni invitate ad introdurre nei proprî regolamenti organici disposizioni analoghe a quelle per gli impiegati comunali per il caso che impiegati da esse dipendenti fossero chiamati sotto le armi.

Doctor JUSTITIA.

**I Quesiti pel "Doctor Justitia,, e le Domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinti, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

## CONDOTTE E CONCORSI.

FONNI (*Sassari*). — Fino al 25 agosto concorso 2ª condotta medica, stipendio L. 3500. Capitolato visibile in Segreteria.

MONTEFALCO (*Perugia*). — A tutto agosto è prorogato il concorso a una delle due condotte; L. 4400 comprese L. 350 per obbligo supplenza. Obbligo cavalcatura.

MURAVERA (*Cagliari*). — Il concorso per la condotta medica piena è prorogato a tutto il 20 agosto. Lorde L. 1400, oltre L. 225 p. carcerati.

* PIENZA (*Siena*). — Conferimento di una condotta cui è annesso lo stipendio di L. 3500 oltre gli incerti per indennità di cavalcatura per visite in campagna. Scadenza 31 agosto.

ROMA. *Amministrazione Provinciale.* — Tre medici assistenti nel Manicomio di S. Maria della Pietà (Istituto di Roma o Succursale di Ceccano); L. 2530 oltre il vitto e l'alloggio personale nell'Istituto. Carica biennale senza conferma. Concorso per titoli. Documenti alla Segreteria della Provincia. Età 25-40 anni. Scadenza 31 agosto. Servizio entro 15 giorni.

SOLARA (*Rovigo*). — Medico-chirurgo; L. 5000; obbl. cav. Scadenza 20 agosto.

SPIRANO-LURANO (*Bergamo*). — Chiudesi 31 agosto 1915 concorso medico consorziale. Abitanti 3761. Stipendio 4400 lorde. Tre sessenni. Comuni equidistanti tre chilometri, pianura. Residenza Spirano ove havvi ospitale.

TARANTO (*Lecce*). — Concorso per titoli al posto di capo laboratorio medico-batteriologico del Comune; L. 3155 e 4 aumenti quinquennali del decimo. Chiedere schiarimenti. Scadenza 31 agosto.

TUORO (*Perugia*). — Condotta; L. 4300 lorde così ripartite: per la cura dei poveri ed abbienti ed indennità alloggio L. 4150, e come U. S. L. 150; indennità cavalcatura L. 700; aumento di 1/10 sullo stipendio iniziale di L. 4300 per un solo sessennio. Assicurazione. Scad. 31 ag. Abitanti 3559.

VEROLAVECCHIA (*Brescia*). — Condotta; lire L. 2844. Scadenza 26 agosto.

Il Comune di Celano (Aquila) cerca subito, per la durata della guerra, un medico interino con lo stipendio di L. 437 nette mensili. Per informazioni rivolgersi a quel delegato speciale.

Cercasi interino per Sgurgola (Roma) con decorrenza dal 1° settembre p. v. e per la durata di un mese. Stipendio L. 400 nette senz'altra indennità, cura piena. Il paese ha aria salubre, frequentato da villeggianti, conta 4000 abitanti circa, tutti riuniti ed è a 2 km. distante dallo scalo ferroviario lungo la linea Roma-Napoli. Rivolgersi al dott. E. Formica, Sgurgola.

Medico-chirurgo, ufficiale sanitario, pratico ospedali, accetterebbe subito interinato purchè buone condizioni. Scrivere: Dottor Xeros, viale Trento e Trieste, Lanciano (prov. di Chieti).

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

*Il nostro giornale nell'interesse dei propri associati accoglie volentieri gratuitamente in questa rubrica gli annunzi di concorsi e quelli di offerte o ricerche di supplenze e di interinati.*

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

*Nel Corpo sanitario militare.*

Il tenente generale medico Sforza Claudio è nominato ispettore generale dei Servizi di sanità militare, in sostituzione del tenente generale medico Ferrero di Cavallerleone Luigi, collocato in posizione ausiliaria.

*Ordine della Corona d'Italia.*

Il prof. dott. G. De Luca, nostro connazionale residente a Buenos Aires, è stato promosso da cavaliere ad ufficiale.

# NOTIZIE DIVERSE.

**I medici condotti e lana per i soldati.**

La Presidenza dell'Associazione Nazionale dei medici condotti ha pubblicato nel suo organo ufficiale questo appello a tutti i soci:

*Procuriamo lane per i nostri soldati.*

Uno dei bisogni che incomincia già a farsi sentire in alcuni luoghi delle nostre operazioni di guerra e che nei mesi venturi si farà sentire su tutta la zona è quello di indumenti di lana (maglie, calze, guanti, pannolini, coperte, berrettoni, cappucci, ventriere) pei soldati.

Qualche minaccia di congelamento delle estremità si è già avuta nei luoghi più alti conquistati dai nostri e però urge venire in aiuto del Governo per fornire i combattenti di questi mezzi di riparo contro i rigori del freddo.

La propaganda per questo aiuto deve essere in gran parte opera dei medici in genere e dei condotti in ispecie sia perchè con essa si mira a provvedere alla difesa della salute dei soldati, sia perchè non vi è modesta casa dalla quale la nostra incitatrice parola non possa ottenere un contributo qualsiasi al rifornimento che si richiede.

All'opera dunque, o colleghi; siate in questa propaganda i pionieri dei Comitati di assistenza civile, dove questi esistono; fatevene i volontari iniziatori dove nessuna istituzione del genere esiste.

Ripetiamo che non c'è condotta, compresa la più isolata, dove il medico non possa ottenere anche dalle più povere massaie un'ora di lavoro dedicato al confezionamento di qualche effetto di lana a protezione dei nostri soldati contro le minaccie del freddo che essi dovranno sfidare nei prossimi mesi di campagna ».

**Un dono della Croce Rossa Britannica all'Italia.**

L'Ambasciata inglese comunica:

Il desiderio espresso in Inghilterra di dare una forma concreta alla viva simpatia provata dal popolo intero per gli amici italiani che si battono così valorosamente per una comune causa è stato appagato assai cortesemente dal Ministero della guerra e dall'Intendenza militare. In seguito a trattative ormai compiute, un'unità consistente in venti auto-ambulanze, completamente equipaggiate e corredate in ogni particolare, partirà fra una quindicina di giorni per l'Italia.

Quest'unità è stata offerta dall'iniziativa di parecchi gruppi uniti, sotto la direzione della Croce Rossa Britannica, la quale ha portato a venti il numero delle auto-ambulanze offerte. Esse presteranno servizio sotto il controllo diretto delle autorità sanitarie militari italiane e alla loro manutenzione sarà provveduto coi fondi sottoscritti in Inghilterra per la cura dei feriti italiani.

**Per la Croce Rossa Italiana in Rumenia.**

In seguito ai caldi appelli fatti nella stampa dal delegato della Croce Rossa Italiana a Bucarest, le oblazioni dei nostri connazionali sono cominciate ad affluire numerose da ogni parte. La lista è stata aperta con una offerta di lire 5000 dal nostro ministro barone Fasciotti, che ha sottoscritte altre 5000 lire per l'istituendo ospedale della Croce Rossa Italiana a Bucarest, ospedale che sorgerà nei locali della scuola italiana nel caso che la Romania entri in campagna.

Oltre a fornire i fondi per la istituzione di detto ospedale i sottoscrittori si sono impegnati al versamento di un assegno mensile che ha raggiunto finora la somma complessiva di 2000 lire.

Tale iniziativa ha incontrato lodi unanimi e generali simpatie.

**Nuovi ospedali per feriti.**

I principi onorevoli Giovanni e Carlo Torlonia hanno fatto adattare ad ospedale il Conservatorio alla salita di S. Onofrio in Roma, abitualmente adibito a scuole. Vi sono stati disposti quaranta letti, completamente forniti e corredati di tutto l'occorrente. I principi Torlonia si sono assunti tutte le spese del mantenimento.

È stato inaugurato a Prato un ospedale territoriale costituito ed impiantato per cura del Comitato locale della Croce Rossa. I primi feriti giunti all'ospedale sono stati ricevuti alla stazione dalle autorità del Comune e da una folla di popolo.

**La mutualità scolastica italiana.**

Il Comitato delle Colonie climatiche e balneari della Mutualità scolastica italiana, con sede centrale in Milano, via della Signora, 12, non ha sospeso neppure quest'anno la propria azione, ma l'ha prudentemente contenuta nell'invio al mare (Porto Maurizio) di squadre di scolari che colà s'alternano per un mese formandovi scaglioni di 200 bagnanti; e nell'invio al monte (S. Fermo della Battaglia), di altri riparti di allievi bisognosi di aria pura e di assistenze educative ed amorose.

Il Comitato ha predisposto intanto una più vasta opera di rigenerazione fisica e spirituale, mediante la creazione di nuove Colonie in siti di efficacissime cure speciali, quali Salsomaggiore per le fanciulle, ed Acqui per i giovanetti.

Ha provveduto inoltre all'impianto di un Ospedale ausiliario della Croce Rossa a Porto Maurizio, in un ex-convento recentemente abbandonato da suore francesi, da pietosi doveri richiamate nella loro patria, e dall'attuale proprietario, sig. G. B. Fassio di S. Lorenzo a Mare, messo liberalmente a disposizione della Croce Rossa e della M. S. I. Questa pertanto ha provveduto all'arredamento con un centinaio di letti completi e masserizie occorrenti.

**Per gli orfani dei sanitari caduti in guerra.**

L'Unione Magistrale Nazionale ha riunito in Roma, nei locali dell'Associazione, i rappresentani della Confederazione Generale del Lavoro e della Associazione Nazionale dei medici condotti per una intesa concorde allo scopo di promuovere la Federazione di un Istituto Nazionale di soccorso ed assistenza per gli orfani dei soldati caduti in guerra, chiamando a concorrere al successo dell'opera doverosa, nobilissimamente patriottica, quante altre Istituzioni nazionali si propongono l'incremento delle ener-

gie morali e materiali del paese o vivono a contatto con le classi lavoratrici. Vi hanno aderito la Federazione Nazionale fra i sanitari addetti alla vigilanza igienica, l'Associazione veterinaria nazionale, ecc.

Il Comitato promotore ha deliberato di troncare ogni indugio ed iniziare senz'altro in tutta Italia il necessario lavoro di organizzazione.

### Corso per dame infermiere.

A Nuoro la dottoressa Adelasia Cocco Floris e il dott. Muzio hanno tenuto un ciclo di conferenze d'indole sanitaria. Il corso è durato tutto il mese di luglio ed è stato corredato da numerose dimostrazioni pratiche. Speciale attenzione è stata volta all'assistenza dei feriti e malati in guerra.

Lo hanno frequentato moltissime signore e signorine.

### Il rincaro dei medicinali.

Si fa sentire in Italia, come già in Francia ed Inghilterra.

Importerebbe correre subito ai ripari.

La Presidenza dell'Ordine dei farmacisti di Roma e provincia pubblica al riguardo una lettera sul « Giornale d'Italia »; ne stralciamo le notizie seguenti:

Ormai è un anno, al primo sorgere della conflagrazione, quando si iniziò l'ascesa dei prezzi dei medicinali — che in quel tempo commercialmente parlando non era sempre giustificabile — il Consiglio dell'Ordine fece appello al cuore dei farmacisti; ma fu superflua l'invocazione perchè essi nell'esercizio professionale spontaneamente, nobilmente rinunciarono a tanti aumenti che sarebbero stati giustificati, anteponendo sentimenti d'umanità al loro particolare interesse; ed una qualche particolare eccezione non guasta la regola.

Oggi i farmacisti sono le prime vittime di questa grande crisi commerciale farmaceutica. Oggi a Roma vi sono quaranta farmacie che ancora somministrano medicinali pei poveri ai prezzi segnati in una tariffa compilata cinque anni indietro; ciò che significa fornire medicamenti, non solamente con totale rinunzia al compenso professionale ed all'interesse commerciale, ma ad un prezzo inferiore a quello di costo e perciò in assoluta perdita!

È maggiormente doloroso poi il dover constatare che quest'ascesa vertiginosa di molti prodotti farmaceutici non solamente non accenna ad una sosta, ma si verificano sempre nuovi aumenti. L'aspirina, non brevettata, ad esempio, da 10 lire è salita a 120, il bromuro di potassio da 5 a 50, i preparati di acido salicilico da 5 a 50, 80 ed anche 100!!

Hanno aumentato ancora enormemente alcuni prodotti indigeni e questi aumenti sono in gran parte ingiustificati.

Nulla può la classe farmaceutica per modificare questo stato dolorosissimo di cose. Per creare, facilitare la entrata dei prodotti esteri, per regolare il mercato italiano, si ritiene necessario ed urgente l'intervento del Governo.

Dalle tabelle del bollettino della Federazione dell'Ordine dei farmacisti, il quale pubblica i prezzi comparativi delle sostanze medicinali in vigore anteriormente alla guerra e che si praticavano nel giugno ultimo scorso, risulta che per alcuni prodotti gli aumenti sono addirittura vertiginosi. L'acido fenico è salito da 2 a 20 lire, l'acido salicilico da 4.50 a 18 lire, il benzonaftolo da 6.50 a 24 lire, l'idrato di cloralio da 5.50 a 16 lire, il salicilato di sodio da 5 a 18 lire, il timolo da 21 a 78 lire, il clorato di potassa da 1.20 a 3.90. Altri prodotti hanno subito aumenti dal 15 al 100 per cento.

Secondo il « Giornale d'Italia », è dovere dello Stato provvedersi direttamente all'estero per i medicinali che gli occorrono, come ha fatto per il grano, al doppio scopo di non lasciarsi sfruttare dagli affaristi e di non aggravare la crisi che si è scatenata sul pubblico.

### Ospedali per la cura all'aria libera dei feriti.

Nel « Giornale d'Italia » del 6 agosto il professor Carlo Ruata descrive un nuovo Ospedale costruito ed arredato per la cura dei feriti dal Corpo universitario di Cambridge. Il fabbricato è in legno rivestito da asbesto e ruberoide. Le sale hanno tre sole pareti e la parete opposta al lato libero ha una grande apertura protetta da una persiana. L'ospedale comprende 1200 letti. È costato 500 lire per letto.

Le medicature vengono eseguite in modo da permettere che una grande quantità d'aria giunga a contatto dei tessuti cruentati ed infetti.

I risultati sarebbero meravigliosi, e non solo per rispetto alle ferite, ma anche nelle malattie comuni.

Sopra 6600 feriti e malati si è avuta una mortalità del 4.6 per mille; sopra 60 polmonitici ne sono guariti 57.

Già in precedenza, osserva il dott. Souttar, si era osservata l'azione benefica dell'aria aperta sulle ferite, anche se infette e gangrenose, e nelle malattie comuni.

Questi risultati convalidano quelli ottenuti in Francia dal prof. P. Delbet.

### Repressione dell'alcoolismo in Egitto.

Con proclama del 21 giugno, entrato in vigore il 13 giugno, il comandante supremo delle forze britanniche in Egitto ha proibito indistintamente e rigorosamente che nei governatorati di Cairo, di Alessandria, del Canale e di Suez e 5 miglia attorno ai luoghi ove risiedono soldati, siano vendute da chiunque ed a qualunque persona bevande alcooliche dalle 10 di sera alle 5 di mattina. Ha ordinato altresì che alle 10 di sera siano chiusi tutti i luoghi pubblici (caffè, bars, birrerie, teatri, restaurants).

### Colonie agricole sanitarie in Francia.

A Touay-Charente sono state istituite delle colonie agricole ove sono accolti coloro che sono fortemente predisposti alla tubercolosi, e più specialmente coloro che sono temporaneamente riformati pel servizio militare.

La colonia agricola differisce dal sanatorio pel fatto che in quella è prescritto il lavoro nelle forme e nelle condizioni ritenute utili dal medico.

Gli uomini ivi accolti ricevono, oltre le cure necessarie richieste dal loro stato, una buona educazione altialcoolica e antitubercolare, ed istruzioni per la coltivazione delle ortaglie, frut-

ta, fiori, ecc. Alcuni sono occupati in lavori esterni suscettibili di assicurare loro per l'avvenire una occupazione lucrativa in buone condizioni igieniche, specie nei riguardi della profilassi della tubercolosi.

Non è ancora possibile dire quali siano i risultati di queste colonie; è certo però che questo sistema di cura è bene accetto, e gli effetti immediati sono esattamente favorevoli nella massima parte dei casi.

**Un medico americano premiato dal Governo Cinese.**

Il presidente della Repubblica Cinese, Yuan, ha decorato del Sesto Ordine di Chia Ho il medico Hardman N. A. Kinnear, dell'Ospedale Foochow, esercìto dall'Ufficio americano delle Missioni straniere, in riconoscimento dei servigi resi al Governo cinese durante la rivoluzione. L'ospedale contiene 100 letti ed il suo personale consiste di due medici ed un infermiere americani e sei assistenti cinesi. Durante lo scorso anno vi furono compiute 900 grandi operazioni e circa 100 minori; vi furono accolti 5241 nuovi pazienti e trattati nel dispensario 34,915 pazienti.

**I fasti della Kultur tedesca.**

Leggiamo nella rivista russa « Sovremennaia Psichiatria » (Psichiatria contemporanea), fascicolo 12, pag. 950, 1914) una notizia che supera forse tutto ciò che si conosce su gli orrori della guerra attuale.

A qualche chilometro a nord di Reims si trova il grande sanatorio del dott. Nuisar, per malattie nervose e mentali, ospitante oltre 400 infermi. Il distaccamento dell'esercito tedesco che accerchiava Reims, occupò il sanatorio, sloggiandone a viva forza gli ammalati, i quali si dispersero nei boschi delle vicinanze, privi di cibo e sofferenti per i terribili rigori invernali.

Siccome si trattava quasi in maggioranza di agitati, si ebbe qualche caso di aggressione contro le sentinelle tedesche. Venne allora dato ordine di accerchiare i boschi e di sterminare i poveri infelici.

Il dott. Jemilian, medico capo del sanatorio, fatto prigioniero dai tedeschi, e poi fuggito in Olanda, narra al giornale di Amsterdam « Daged », le vicende di quell'orribile macello. Le truppe del Kaiser, condotte dal tenente barone Mirbach, dell'artiglieria della Guardia prussiana, strinsero sempre più il loro cerchio di fuoco attorno al bosco, uccidendo a mano a mano i dementi che venivano trovati nella triste battuta. Rimaneva un piccolo gruppo nascosto nel folto della foresta: l'eroico barone teutonico fece a questa appiccare il fuoco. Altri cadaveri carbonizzati si trovarono poi nel sanatorio, che i tedeschi, retrocedendo, avevano dato alle fiamme. (*Riv. di Ig. e San. Pubbl.*, 16 luglio 1915).

---

Nell'età di 83 anni si è spento a Pavia il dottor cav. **Giuseppe Cattaneo,** chirurgo primario in quell'ospedale di S. Matteo.

Visse, si può dire, più di mezzo secolo nell'ospedale e per l'ospedale.

Alle Opere pie diede opera costante e intelligente. Tra queste attrasse maggiormente la sua sollecitudine quella per la cura degli scrofolosi, al qual fine institul un Ambulatorio or molto frequentato e meritamente apprezzato.

L'Istituto della Croce Rossa l'ebbe fra i suoi primi e più ferventi apostoli.

Fu più volte consigliere e assessore del Comune.

Nel 1866 aveva seguito le schiere garibaldine, guidando una squadriglia di medici e infermieri, che molto si distinsero nella cura dei soldati feriti e malati in quella campagna di guerra.

In questi estremi suoi anni, malandato di salute anche a cagione di un'infezione che s'era procurata sezionando un cadavere, il Cattaneo soffriva, oltrechè di dolori fisici, del dolore morale di non poter più dare la sua attività alle predilette cure chirurgiche.

Al Comune ha egli legato la maggior parte del suo patrimonio per la istituzione di un nuovo Dispensario per cure ortopediche, il quale ancor manca tra le molte e provvide istituzioni benefiche, delle quali va ricca Pavia.

Pavia, quindi, perde in Giuseppe Cattaneo un benemerito figlio e il ceto medico può gloriarsi d'un esempio di nobile disinteresse che ne onora la classe innanzi alla umanità. R.

---

Vittima di una malattia contratta a bordo della sua nave è morto immaturamente il dottor **Paolo Panfilo Rainaldi,** capitano medico nella R. Marina.

Era nato nel 1876 a Fagnano Alto (Aquila); aveva compiuto gli studi medici a Roma; era entrato in Marina nel 1902.

Fece la campagna del Benadir. Quivi rimase per 20 mesi.

D'incarico del Ministero compì in quel tempo il viaggio dell'Uganda insieme al comandante della nave « Marco Antonio Colonna », ritraendone gli elementi per una pubblicazione molto apprezzata sulla malattia del sonno.

Scrisse anche una memoria sul beri-beri e vi consegnò una preziosa auto-osservazione, poichè egli stesso venne attaccato dalla malattia.

In queste pubblicazioni — le quali sono inserite negli « Annali di Medicina Navale », — egli afferma il suo ingegno e la sua coltura non comuni.

Passò sei anni in servizio di emigrazione, curando con impegno ammirevole la tutela sanitaria dei nostri emigranti.

Ha fatto tutta la campagna di Libia sulla « Saint-Bon » e partecipò allo sbarco di Rodi.

Al principio di questa guerra fu imbarcato sulla « Liguria » che dall'Adriatico, seguendo la squadra, passò nelle acque della Libia.

Il 30 luglio, innanzi a Tripoli, dopo sole 24 ore di malattia, il nostro valente collega cessava di vivere.

Fu un cuor d'oro e un modello di coscienza e d'onestà. Lascia un vuoto nella famiglia medica.

Al fratello dott. Vittorio, duramente provato dal lutto, porgiamo le nostre condoglianze sentitissime.

P.

---

## Rassegna della stampa medica.

*Rev. Clin. de Madrid*, 30 giu. SANZ: Distrofia muscolare progressiva, acromegalia e gigantismo. — LAFORA: Etiologia radicolare o neuritica del morbo di Dupuytren.
*Riv. di Ig. e San. pubbl.*, 1 lug. BERTARELLI: Le titolazioni del siero antitetanico. — DE CASTRO: Influenza della luce solare sulla tubercolosi sperimentale.
*The Lancet*, 3 lug. FLETCHER: Sull'etiologia della lebbra.
*La Rif. Med.*, 3 lug. ASCOLI M.: Sulla cura della febbre tifoide in campagna. — MARAGLIANO V.: Nuovo metodo di localizzazione dei corpi stranieri.
*La Pediatria*, lug. CARONIA: Sull'etiologia del linfogranuloma maligno. — VAGLIO: Acondroplasia a tipo iperplastico. — CORICA: L'eliminazione dell'urotropina nei bambini. — ADAMO: Il megacolon congenito.
*The Practitioner*, lug. HARRIS: L'impotenza nell'uomo. — MACNAUGHTON-JONES: La sterilità nella donna. — GLAISER: Gli aspetti medicolegali dell'impotenza nei due sessi. — HETT e FINZI: L'infiammazione dell'antro mascellare. — LITTLE: L'ulcera rodente. — TUBBY: La chirurgia ortopedica.
*La Presse Méd.*, 1 lug. DELBET: La piocoltura. — LOEPER, PEYTEL e SABADINI: La gastrite dei soldati asfissiati.
*Paris Méd.*, 3 lug. TRÉMOLIÈRES e LOEW: La tetragenemia epidemica. — SCHWARTZ: Cura delle ferite d'arma da fuoco del cranio. — SALIGNAT: I bagni locali di vapore nei disturbi trofici degli arti.
*Pensiero Med.*, 4 lug. BAJ: Sulla tecnica della stasi venosa e del salasso. — BERTARELLI: I limiti di applicazione della vaccinazione antitifosa.
*The Quarterly Journ. of Med.*, lug. ROLPH: Diagnosi e significato dell'iperacidità gastrica. — GLOVER: La diagnosi precoce della tubercolosi polmonare. — FRY: Le secrezioni interne nel diabete mellito.
*Medic. Record*, 3 lug. Numero sul cancro.
*L'Igiene Soc.*, III. CACACE: Profilassi antimalarica scolastica. — CARFI PAVIA: La Leishmaniosi mediterranea: diffusione e profilassi.
*Riv. Ospedal.*, 15-30 giu. MENDES: Enteriti non specifiche fra i soldati in guerra. — FRASCHETTI: Lavoro a domicilio e tubercolosi. — BIANCHINI: La sindrome radiologica del cancro gastrico.
*Boll. d. Clin.* giu. CARDARELLI: Neoplasma endotoracico in un ragazzo. — MARAGLIANO E.: Meningite da diplococco in individuo colpito da influenza.
*Le Progrès Méd.*, lug. BAILLEUL: Plastica di guaine peri-nervose e peri-tendinee. — RAMOND e RÉSIBOIS: Sul trattamento delle meningiti cerebro-spinali. — GIROUX: Eritrodermia esfoliante generalizzata. — Chirurgia di guerra.
*The Boston M. a. S. Journal*, 1 lug. GROS: Il trasporto dei feriti. — SEVER: Paralisi da cause chirurgiche ed ostetriche.
*La Rif. Med.*, 10 lug. RIZZARDO: Sulla pachimeningite cervicale ipertrofica. — CICCONARDI: Sul pneumotorace artificiale.

---

Il fascicolo di agosto della nostra Sezione medica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. F. BOSELLI. *Sulla vaccino-terapia della febbre tifoide.*
2. Dott. A. LORENZINI. *Sui fermenti presenti nelle orine in vari stati patologici. - Fermenti presenti nel sangue e nelle orine dei nefritici.*
3. Dott. B. MAIOLO. *Sulla diagnosi differenziale tra essudati e transudati.*

Il fascicolo di agosto della nostra Sezione chirurgica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. G. BOLOGNESI. *Su la osteomielite da bacillo piocianeo.*
2. Dott. Prof. ORESTE CIGNOZZI. *Il torace paradossale ed il suo trattamento chirurgico.*
3. Dott. L. C. ZAPELLONI. *La prova di Bordet e Gengou nella infezione echinococcica dell'uomo.*
4. Dott. E. PIRONDINI. *La prova dell'azoturia, come metodo di esame della funzione renale.*

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. *Roma, 22 agosto 1915* Fasc. 34

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

**NUOVO** *Premio semigratuito* ***di eccezionale importanza!***

La missione della donna italiana è oggi al letto del soldato ferito. Niun'altra opera, e sono molte alle quali è chiamata in questi supremi momenti la donna, può essere più benefica e confortevole di quella diretta ad alleviare le sofferenze e a sollevare lo spirito dei nostri prodi soldati caduti feriti sul campo della gloria. Ma l'arte dell'infermiere non è agevole, o quanto meno non produce tutti quei benevoli effetti onde è capace, senza una seria preparazione, e a ciò mira il

**Manuale della infermiera**

**in casa e negli ospedali**

**con speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in guerra**

che il nostro egregio collaboratore prof. GIACINTO QUARTA ha preparato per incarico della nostra Amministrazione.

Questo manuale con stile chiaro, semplice e conciso, e con singolare perizia compilato, contiene quanto è necessario alla donna di sapere per adempiere efficacemente il pietoso ufficio d'infermiera al letto del ferito e dell'infermo. Le numerose illustrazioni sono di grande ausilio all'intendimento del testo e agevolano in modo sicuro l'opera della lettrice in ogni contingenza del suo nobile ufficio.

Per mettere i nostri cortesi abbonati in grado di diffondere il manuale stesso presso le signore di loro conoscenza, abbiamo deliberato di spedire in porto franco le copie che ci venissero richieste col loro tramite al *solo prezzo di costo*, cioè a L. **2.50** ciascuna.

La nostra Amministrazione non ha apprestato questo libro a scopo di lucro, ma unicamente con l'intento di concorrere a rendere sempre più benefica la nobile e pietosa opera delle donne italiane al letto del ferito o dell'infermo; e se i nostri fedeli abbonati vorranno prestarsi al conseguimento di questo intento avranno anche essi la loro parte di benemerenza.

**Un volume in 16° grande, di circa 250 pagine, nitidamente stampato e riccamente illustrato**

**(per i non abbonati al Policlinico) - Prezzo L. 4.**

Le richieste da farsi mediante cartolina vaglia si dovranno indirizzare esclusivamente al prof. ENRICO MORELLI — Via del Tritone, n. 46 - ROMA.

## SOMMARIO.



**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

## Traumi di guerra dell'orecchio

per il prof. GHERARDO FERRERI

direttore dellla R. Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, colonnello ispettore medico principale della Croce Rossa.

(*continuazione e fine*).

### *Traumatismi dell'orecchio medio*

Le lesioni traumatiche della cassa timpanica rappresentano nella chirurgia di guerra un contingente assai rilevante di casi di una importanza eccezionale dal punto di vista clinico e medico legale.

Nel 1580 Montaigne scriveva: « Les armes à feu sont si peu d'effet, sauf l'étonnement des oreilles, qu'on en quittera l'usage ». Sono queste parole che nell'immane conflagrazione presente sembrano un'ironia quando si pensi che ai proiettili d'arma da fuoco si son aggiunte proprio in questi ultimi tempi le frecce che lanciano gli aviatori. Quest'arma dell'antichità convertita in una freccia d'acciaio leggera, acuminata, lanciata da altezze inverosimili, fendendo l'aria con terribile rapidità e colpendo il capo, può far morire istantaneamente un soldato. Alle palle di fucile poi si sono aggiunti i proiettili degli shrapnell, degli obici, delle granate, delle bombe a mano che quasi sempre feriscono, miste a terriccio, schegge di pietre e indumenti personali. Nelle guerre recenti anglo-boera, russo-giapponese e l'attuale europea, si è notato un notevole aumento nelle ferite del cranio e dell'arto superiore sinistro, le parti del corpo che più sono esposte nei combattimenti di trincea. A nulla sono valsi i più inverosimili copricapo che gli stessi soldati escogitarono per salvare la testa dalle ferite d'arma da fuoco ed anzi si è dovuto riconoscere che presentavano un maggior pericolo.

Fra i traumi del cranio l'apparato uditivo segna un aumento sensibile di proiettili penetranti nella rocca, come pure di traumi a distanza del cranio, colpi di calcio di fucile, di sciabola, di baionetta, di frammenti di terreno roccioso che provocarono fratture più o meno estese del temporale. Si sono segnalati pure traumatismi della cassa prodotti da penetrazione di sostanze corrosive e metalli fusi. Assai più frequentemente è colpito l'orecchio sinistro di quello destro nelle trincee.

Si parla sempre in genere di traumatismi della cassa, ma è chiaro che nei casi più fortunati anche l'orecchio esterno e la membrana timpanica vi sono compresi e in quelli più gravi la lesione abbraccia pure l'orecchio interno e spesso non si arresta alla rocca, ma si estende alla squamma, al parietale, all'occipite fino anche alla metà opposta, specialmente alla base del cranio.

Le palle di fucile a seconda che colpiscono a breve o a lunga distanza l'orecchio, come in qualunque altra regione del corpo, produrranno nel primo caso vaste distruzioni esplosive e nel secondo tramiti più regolari con deviazioni che si possono spiegare per l'ostacolo offerto dalle parti ossee più o meno spesse che il proiettile nel suo decorso ha colpito. Se il proiettile penetra con sufficiente forza nel condotto uditivo, oltre essere interessate le sue pareti e la membrana del timpano, avremo sempre la frattura e lo scollegamento degli ossicini, la ferita delle pareti della cassa; ma se il proiettile colpì il temporale in altre direzioni possono essere offese tutte le altre parti della rocca, ad eccezione della cassa propriamente detta.

Le ferite d'arma da fuoco dell'orecchio nei soldati sono per lo più mortali essendo quasi sempre estese al labirinto e all'encefalo. E anche quando sopravvivono con sintomi in apparenza non allarmanti, bisogna fare una prognosi assai più riservata che non nei suicidi che so-

pravvivono a colpi di rivoltella infertisi nell'orecchio: in questi individui le palle da revolver si arrestano sovente nella cassa e loro vicinanze o s'incastrano nella sua parete interna senza frattura a distanza della base e della volta del cranio e senza lesione delle meningi, dei grossi vasi arterio-venosi e della massa encefalica.

La mania suicida che costituisce una delle malattie sociali più comuni della vita moderna dà un contingente molto forte di ferite d'arma da fuoco del cranio per la via dell'orecchio, per cui esse sono state conosciute e ben studiate anche in tempo di pace dai chirurgi e dagli otologi, sia per i soccorsi da prestarsi in primo tempo, sia per i fastidiosi disturbi dell'organo uditivo prodotti dalla permanenza della palla non potuta estrarre o dagli esiti stessi distruttivi del trauma.

Ma le lunghe armi portatili usate in guerra di rado colpiscono l'orecchio direttamente come il revolver; feriscono per lo più in altro punto della faccia o del cranio che non sia la regione temporale e poi arrivano a ledere gravemente queste ossa che racchiudono l'organo uditivo, complicando nel modo più svariato la sindrome e la gravità del trauma.

La traumatologia della regione temporo-auricolare ha un'importanza affatto singolare rilevata da prima da Samuel Sexton in Inghilterra e da Avoledo e Rosati in Italia che trattarono l'argomento diffusamente in speciali monografie. Questi studi però si limitavano, si può dire, alle armi di corta misura e minima portata; mentre ora abbiamo fucili che a 2 o 3000 metri sono in grado di attraversare il corpo umano e ucciderlo.

Il risultato anatomico degli esperimenti con armi portatili di corta misura (revolvers, pistole) e la pratica della chirurgia d'urgenza giornaliera dimostrarono a Rosati che la rocca presenta nel cranio la parte più resistente a simili traumi. Ma l'organo dell'udito ne rimane sempre più o meno gravemente leso nella totalità o nelle varie sue parti. Nei colpi esplosi dentro l'orecchio è difficile che il proiettile traversi il cranio; si ha quindi per solito un solo forame, quello di entrata e la maggior parte delle volte il proiettile resta più o meno profondamente incuneato nella rocca. Di rado la palla rimbalza. Le alterazioni delle ossa sono sempre notevoli, verificandosi le fratture più svariate, il distacco completo della piramide alla sua base o la frattura lineare ed incompleta di questo osso, le contusioni e lacerazioni della dura, dei vasi, dei nervi e della massa cerebrale. I casi di morte immediata avvengono o perchè il proiettile penetrato nel cranio ha leso gravemente il cervello, o perchè fu ferita la meningea media e la carotide.

Le lesioni d'arma da fuoco dell'orecchio medio riportate in guerra, a differenza di quelle da revolver o pistola a scopo suicida, vanno distinte in base alla distanza da cui proviene il proiettile e cioè quelle determinatesi nella zona esplosiva della traiettoria o delle brevi distanze, e quelle prodottesi nella zona delle ferite nette o delle grandi distanze, alle quali si può ancora aggiungere la zona delle ferite lacere e della forza morente del proiettile.

Però, riguardo alla rocca petrosa, delle qualità statiche o dinamiche del proiettile non terremo il medesimo conto come in altre parti del cranio o della faccia; poichè la sua struttura molto compatta, allorchè il proiettile colpisca da vicino l'orecchio, molte volte resiste senza dar luogo a fenomeni esplosivi.

Ben altrimenti a pari condizioni di distanza furono le conseguenze di una ferita d'arma da fuoco, quando il proiettile colpì l'orecchio dopo aver attraversato altre regioni del cranio o della faccia. Si può dire anzi che nella letteratura traumatologica di guerra è molto più comune incontrare descritte alterazioni dell'orecchio medio e interno, come complicanze di ferite a carico della faccia o meglio ancora del cranio, anzichè casi in cui il proiettile avesse infilato direttamente il condotto imprigionandosi nella rocca.

In conclusione parrebbe che, qualunque sia la distanza, i proiettili d'armi da fuoco portatili moderne, quando arrivano a colpire l'orecchio lungo l'asse del condotto uditivo esterno in modo da leder direttamente la cassa e il labirinto, come nelle ferite di revolver a scopo di suicidio, difficilmente superino la resistenza della rocca petrosa e della mastoide.

Vien sempre ricordato un caso stranissimo osservato da De Rossi in cui la palla, trapassando il cranio da un processo mastoideo all'altro, lese ambedue i labirinti. Si vedevano le aperture d'entrata e di uscita del proiettile dai due meati uditivi; sgorgò per lungo tempo il liquido cefalo-rachidiano. Il ferito sopravvisse con sordità bilaterale senza paralisi del faciale.

Se delle ferite d'arma da fuoco dell'orecchio medio ed interno scarseggia la letteratura, si è che la maggior parte muore sul campo, riscontrandosi esse per lo più in soldati caduti sotto il tiro effettuatosi a 500 o 600 metri dove le fratture comminutive ed esplosive sono comunissime e costantemente mortali. Già per sè stesse le ferite della regione temporale sono fra le più pericolose dando il 55 % delle morti immediate, di fronte al 40 % per il tronco ed al 5 % per gli

arti. Un quarto di questi feriti del temporale muoiono alle ambulanze nelle prime 24 ore per compressione, edema ed infezioni, donde l'urgenza degli interventi precoci in questi casi. Le statistiche dimostrano che gli operati di immediata trapanazione ed estrazione del proiettile perirono nella proporzione del 15 o 20 % e quelli in cui si attese essa fu del 50 %.

È spiacevole che la chirurgia militare sinora non abbia fornito colla sua letteratura alla otologia tutto quel contributo che si sarebbe aspettato dopo tante guerre immani che hanno imperversato nel secolo scorso e l'inizio del presente. Guthrie non fa nemmeno parola della chirurgia dell'orecchio nei suoi commentari di guerra. Maggiori notizie potranno leggersi nelle opere di chirurgia di guerra pubblicate da Hennen, Macleod, Motta, Rowski, Fischer, ecc. Secondo la statistica di quest'ultimo sopra 8132 casi di ferite del capo nella guerra del '70-71 trecentotre interessarono l'orecchio cioè 3.072 %.

Rosati da tutte le notizie raccolte sulla letteratura traumatologica dell'orecchio viene a queste conclusioni relativamente alle ferite di arma da fuoco:

1° La mastoide è sempre la più esposta alle ferite d'arma da fuoco del capo, sia che i colpi vengano dal di dietro, sia dall'avanti; quando la lesione non finisca con la morte, ne risulta obliterazione delle cellule con permanente apertura allo esterno e comunicazione con l'orecchio medio, oltre la completa distruzione quasi sempre del meccanismo di trasmissione.

2° Il condotto uditivo può esser ferito in vari modi e da tutte le direzioni, con gravi conseguenze per la funzionalità auditiva, o perchè avvengono stenosi cicatriziali nella porzione cartilaginea, o perchè seguono complete occlusioni della parte ossea per neoformazione di tessuti, senza dire dei danni che anche in questi casi può ricevere l'orecchio medio. Ad ogni modo non mancano mai residuali alterazioni di tensione nel meccanismo di trasmissione, rumori e ronzii, sordità più o meno accentuata.

3° L'orecchio medio può essere danneggiato in vario modo, dalla semplice rottura della membrana del timpano alla possibilità che il proiettile si arresti nella cavità timpanica, fino ad esserne addirittura attraversato o completamente distrutto. Anche in questi casi è facile prevedere gli effetti per la funzione dell'organo, il quale, nell'ipotesi più benigna, rimarrà alterato nei suoi mezzi di trasmissione e ne seguirà sordità incompleta, ma permanente.

4° È ovvio infine il prevedere le alterazioni cui può andare incontro l'orecchio interno anche quando non sia leso direttamente, ma sia offeso indirettamente per l'azione del grave trauma sulle pareti vicine.

Più che far considerazioni chirurgiche o otologiche basate sulle esperienze negli animali, nei cadaveri e persino in bersagli inanimati, noi ci atterremo a dare quei consigli che la lunga pratica clinica in casi del genere ci apprese sulle lesioni auricolari d'arma da fuoco. Primieramente è da escludersi che tutte le ferite d'arma da fuoco, dopo aver traversato l'orecchio e entrate nel cervello, siano mortali. In parecchi casi del genere molte volte il metodo aspettante nella cura (emostasia, medicatura asettica) permise che il proiettile s'incapsulasse e la lesione della rocca, suppurata o no, dopo un certo tempo guarisse; residuarono naturalmente più o meno gravi disturbi permanenti della funzione acustica e soventi paralisi del facciale, che quasi sempre però scompare per il potere facile che ha il VII° di rigenerarsi, come già ebbero a dimostrare Steinbrügger, Grüber e Bezold.

La condotta del chirurgo sarà diversa a seconda dei casi. Se nelle ferite d'arma da fuoco dell'orecchio con penetrazione del proiettile nel cranio insorgono fenomeni irritativi corticali e si accerti la ferita dell'arteria meningea media o di un grosso seno venoso della dura madre l'astensione sistematica sarebbe un errore. Dinanzi al fatto che una emorragia epi ed ipo-durale segnala costantemente l'89 o 90 % di mortalità si dovrà senza indugio intervenire dando ancora la statistica un 30 % di salvati.

Nella supposizione che il proiettile sia rimasto incuneato nella rocca, avendo per massima che tranne le ferite da proiettili di shrapnel, granate, obici, ecc., quelle di arma portatile sono di per sè stesse asettiche e decorrono tali se ben pulite e medicate a secco, si bandiranno rigorosamente tutte le manovre di riscontro e di ricerca, meno proprio nel caso che la palla si vegga arrestata nel condotto uditivo o nella mastoide e ne sia stata avvertita la presenza con la radiografia. Come strumento di saggio la sonda di Trouvé fa correre al paziente gli stessi pericoli dello specillo nella ricerca dei proiettili in primo tempo.

Si abbia per principio che la principale causa di morte nelle ferite d'arma da fuoco della rocca è dovuta all'infezione meningea, la quale il più delle volte non dipenderà dalla presenza del corpo straniero, ma dai tentativi di esplorazione e asportazione compiuti in primo tempo. Per regola generale nelle sezioni di Sanità e negli Ospedali da campo dovremo limitarci alla medicatura asciutta con garza ed ovatta sterile delle ferite auricolari d'arma da fuoco non ri-

muovendo le croste che ne occludono il tramite e fissando i batteri dei dintorni con tintura di jodio senza che una goccia sola di liquidi estranei penetri nel tramite del proiettile.

Ma nelle guerre moderne sono assai più cresciute di numero tanto le ferite quanto le fratture della rocca prodotte da proiettili di rimbalzo, pallottole di shrapnell, schegge di granata, palle di fucile sparate a breve distanza cioè al disotto di 1000 metri; se non è avvenuta immediatamente la morte per lo scoppio della scatola cranica e lo spappolamento del cervello sotto la pressione idrodinamica, noi potremo avere gravissime lesioni in cui l'indicazione di intervento sarà urgentemente richiesta da emorragia dell'arteria meningea o di un seno venoso lacerato per depressioni di schegge ossee, da ferita della carotide interna o della arteria temporale superficiale, infine da ernia cerebrale. Rimanere in questi casi anche sul fronte con le mani incrociate significa abdicare alla propria arte salutare. Non basta allora aver messo la propria responsabilità al coperto zaffando con medicatura asciutta e sterile la ferita e di avere fatta l'iniezione intrarachidea di siero antitetanico; bisogna avere sangue freddo di allacciare i vasi lesi e di estrarre persino il proiettile se si è potuta localizzare la sede.

In questo genere di chirurgia d'urgenza l'otoiatra deve conoscere la topografia dell'arteria meningea media valendosi a preferenza del consiglio di Poirier. Si fissano come punti di repere il meato auditivo esterno, l'apofisi zigomatica e l'orlo inferiore dell'orbita e si riuniscono questi tre punti con una linea: è l'orizzontale inferiore del cranio. Dal margine superiore dell'orbita si tira una seconda linea, parallela alla prima e si prolunga indietro, al di là dell'orecchio: è l'orizzontale superiore. Ora se si poggia la punta di uno specillo nel punto medio dell'arco zigomatico e lo si dirige perpendicolarmente all'orizzontale inferiore, misurando dal punto medio dell'arco zigomatico 5 cm. su quest'asta, saremo sul passaggio della meningea media.

Faremo dunque un grande lembo emostatico a ferro di cavallo. Su questa regione ingrandiremo in alto e indietro la breccia o la fenditura ossea esistente, oppure col trapano e con la sgorbia solleveremo un grosso lembo di osso. Poi ci regoleremo a seconda di quello che si trova; se è lesa la meningea media, si toglie il grumo e si lega l'arteria; se è leso un seno venoso si fa la legatura mediata cioè prendendo pure la dura madre nella legatura o si zaffa il seno con filo di catgut e garza asciutta. Se vi sono schegge ossee si asportano; se l'osso è avvallato si alza e si asporta, purchè non sia molto largo e ancora aderente al periostio. La ferita quindi si medica con zaffamento di garza sterile asciutta e qualora siasi constatata la presenza di pezzi di stoffa o corpi estranei, da far temere l'infezione tetanica, si praticherà contemporaneamente attorno alla ferita l'edemizzazione profilattica di siero antitetanico.

Qualora si tratti di lesione dell'arteria temporale superficiale faremo la legatura dell'arteria in sito seguita dalla fasciatura nodosa della tempia o nodo da imballatore.

In seguito a ferita della cassa da proiettile d'arma da fuoco l'emorragia primaria può essere così imponente da far credere che la frattura della rocca abbia leso la carotide interna e allora la vita del paziente è alla mercè del pronto soccorso. Non è da perdere tempo con la compressione digitale indiretta della carotide primitiva sulla linea delle apofisi trasverse e specialmente sul tubercolo della VI$^a$ vertebra o di Chassaignac. Occorrerà senza indugio (sebbene l'intervento sia grave e non sempre, per il circolo collaterale, di efficacia assoluta) procedere alla legatura della carotide primitiva, mettendo bene l'arteria allo scoperto in modo da non comprendere nella legatura che la sola arteria.

È raro che la ferita del seno trasverso da proiettile penetrato nella rocca dia così abbondante emorragia che non si riesca a frenare col tamponamento. Ma se essa fosse infrenabile converrà procedere alla legatura della giugulare, seguendo la direzione dello sterno-cleido-mastoideo e mettendo bene allo scoperto la vena in modo da non comprendere che essa sola nella legatura totale circonferenziale.

Questo è quanto un chirurgo militare è in dovere di compiere per salvare nelle prime linee i combattenti colpiti da ferite d'arma da fuoco della regione auricolare. Gl' interventi metodici, per la cura definitiva delle suppurazioni della rocca prodotte dalla presenza dei proiettili e dalla frattura del temporale, come pure delle successive complicazioni intracraniche, saranno riservati agli ospedali territoriali e particolarmente alle cliniche otoiatriche assunte in servizio dalla sanità militare.

Finalmente si è capito dalle autorità competenti che anche nell'organizzazione del servizio sanitario militare è giovevole una intelligente suddivisione del lavoro, ciò che varrà a colmare molte lacune che finora si sono lamentate nei principali trattati di chirurgia di guerra, dove i capitoli che riguardano gli organi di senso sono trascurati deplorevolmente e nulla aggiungono a quanto ci aveva tramandato la letteratura antica e specialmente del tempo Na-

poleonico. Se, per citare un esempio, si scorra il famoso «Trattato teorico e pratico delle ferite per armi di guerra» di Dupuytren si vedrà che tutto si riduce a quel modesto insieme di cognizioni che ogni chirurgo generico già sapeva.

Generalmente negli ospedali territoriali e nelle cliniche otoiatriche le ferite della cassa timpanica e per meglio dire della rocca ci verranno con suppurazioni abbondantissime e fetide dovute alla presenza di osso necrosato e quasi sempre con seni fistolosi nei contorni dell'orecchio o in altre parti del cranio e della faccia. Si capisce facilmente quanto debba essere vario il quadro di disordini funzionali che presenteranno questi pazienti traumatizzati, sia per la direzione seguita dal proiettile nell'incunearsi entro il temporale, sia per le alterazioni esplosive subìte dall'organo acustico e sia per le degenerazioni centrali e periferiche di alcuni nervi della base cranica che con la rocca hanno strettissimo rapporto (facciale, acustico, trigemino, ipoglosso, ecc).

Negli ospedali territoriali e nelle cliniche otoiatriche, dove non si opera più di urgenza ma con tutti i mezzi più progrediti di semeiotica e con la lunga pratica clinica acquisita, siamo intanto giunti a convincerci che come guida diagnostica e operativa sia di gran lunga la radiografia superiore ad ogni altro mezzo d'indagine nella localizzazione ed estrazione dei proiettili dalla rocca, come pure nel riconoscere l'opportunità d'intervenire oltre i confini di essa.

La sonda esploratrice di Nélaton, la sonda elettro-magnetica di Trouvè, la sonda telefonica di Graham-Bell, l'ago astatico di Hocher, la bussola di Baudin hanno fatto il loro tempo. Dinanzi ad una lastra radiografica istantanea che abbia raggiunto una perfezione e precisione sorprendente, massime se si sia ricorso ai più recenti suggerimenti di tecnica da darci matematicamente la topografia del proiettile non indugeremo l'intervento. Si tenga sempre presente che un proiettile nella rocca di rado resta indifferente; ma per lo più dopo aver recato notevoli disturbi funzionali e psichici, finisce con produrre una meningo-encefalite.

Nella maggioranza dei traumi dell'orecchio da arma da fuoco la via che meglio si presta per la estrazione dei proiettili o delle schegge di osso necrosato e per farsi una strada ben diretta alle complicazioni intracraniche sarà quella retro-auricolare, limitandosi all'operazione di Stache nei proiettili incuneati nella cassa e al processo di Schwartze nella ricerca delle palle nascoste profondamente, dando questo metodo più ampio accesso per esplorare e raggiungere il proiettile nel masso petroso.

Forse ancora più numerose delle ferite traumatiche d'arma da fuoco sono le lesioni e sopratutto le fratture della rocca, che attraversano la cassa alterandone profondamente tutta la struttura anatomica, in seguito a colpi di calcio, di fucile, di lancia, di schegge di mitraglia, granate, obici, masse franate di terra e pietre, ecc., insomma di qualsiasi corpo estraneo che abbia violentemente colpita la regione temporo-mastoidea.

Queste fratture della rocca possono estendersi talvolta a grande distanza della base e della volta del cranio e talaltra, invece, il traumatismo limitarsi alla membrana e agli ossicini restando persino incolumi le pareti della cassa. La diagnosi in genere di simili lesioni non è tanto difficile quanto saperne valutare l'entità. Immediatamente avvenuto il trauma i pazienti per lo più perdono i sensi per una variabile durata di tempo; hanno perdita di sangue dall'orecchio colpito od anche da ambedue e dalla bocca attraverso la tromba. Ritornati i sensi i pazienti accusano paracusie tormentosissime, sbalordimento, ottusità dell'udito, financo la perdita di esso e vertigini.

A seconda della frattura della rocca si noterà paralisi del faciale, più o meno completa, e dell'oculo-motore esterno, iperestesie e anestesie del trigemino ed ipoglosso e sintomi di commozione, contusione e compressione cerebrale.

La commozione si rivelerà con perdita di coscienza transitoria che segue immediatamente il trauma e a seconda della gravità di esso può durare da alcuni minuti a parecchie ore e giorni, lasciando una lacuna della memoria. Subito dopo l'accidente, tosto che il paziente sia svegliato, compare il vomito, il polso è lento, da 48 a 60 pulsazioni al minuto, il respiro superficiale, il corpo pallido e freddo.

La compressione cerebrale provocata da frammenti ossei e da versamenti sanguigni endocranici si diagnosticherà per la perdita della coscienza che non ritorna in breve tempo e perchè, se l'ammalato continua a vivere e la coscienza torna, essa si perde di nuovo presto. Nella compressione si riscontra poi la perdita dei movimenti volontari, la comparsa di sintomi di localizzazione e un rallentamento graduale del polso. Terremo conto di due sintomi diagnostici molto preziosi; l'uno di Ortner e l'altro di Ledderhose. Secondo Ortner i muscoli respiratorii della metà del torace opposta alla lesione funzionerebbero in modo anormale; secondo Ledderhose dal lato corrispondente allo stravaso si vedrebbe all'oftalmoscopia una stasi papillare.

Infine nella contusione cerebrale avremo i sintomi netti di localizzazione, allorchè la lesione emorragica e distruttiva della sostanza cerebrale colpì uno dei centri delle zone motrici e sensoriali. Questi sintomi saranno o irritativi (convulsioni e spasmi), o depressivi (paralisi dei movimenti corrispondenti alla zona contusa).

Nelle fratture dell'osso temporale da azione tanto diretta che indiretta, di cui il contingente si è riscontrato accresciuto notevolmente in quei corpi di truppa destinati alla guerra di montagna (alpini, doganieri, artiglieri) e nei reparti destinati all'aereonautica, l'infrazione ossea ben di rado si limita alla rocca, ma è diffusa più o meno estesamente alla base del cranio e talora anche alla squamma e al parietale.

Come norma fondamentale di terapia di urgenza nei soldati che riportarono un trauma abbastanza rilevante dell'orecchio medio sia pure a sintomatologia apparentemente leggera, s'imporrà la più rigorosa vigilanza; si considereranno come malati gravi da tenersi in assoluto riposo almeno per 48 ore evitando che con qualsiasi mezzo di trasporto sieno allontanati dalle sezioni di sanità o dagli ospedali da campo. Ricordiamo un alpino che ricevette un fierissimo colpo di calcio di fucile sulla regione temporo-mastoidea di destra rimanendo per pochi istanti stordito; potè senza aiuto percorrere un lungo tratto di via per raggiungere il posto di soccorso dove si riscontrò lacerazione della membrana con uscita di sangue e liquido sieroso dal condotto uditivo (liquido cerebro spinale o perilinfa del labirinto). Non volle assolutamente mettersi a riposo perchè sosteneva di sentirsi bene ad eccezione di forti rumori e sordità all'orecchio colpito. Insistendo nel voler riprendere servizio nei ranghi della sua compagnia, venne d'ordine medico inviato all'ospedale. Non erano passate che poche ore di decorso di viaggio in carro di ambulanza che il soldato perdeva la coscienza e in preda a convulsioni moriva. All'autopsia fu riscontrata frattura della rocca estesa al tavolato medio della squamma e del temporale con emorragia della meningea media e compressione ematica della massa encefalica.

Adunque solo che si sospetti la frattura dell'osso temporale, sieno pure lievi i sintomi soggettivi ed obbiettivi, il ferito sarà tenuto in assoluto riposo ed in osservazione. Vescica di ghiaccio sul capo, lassativi intestinali, iniezioni di morfina ed eroina per combattere l'eccitazione generale del sistema nervoso, iniezioni di olio canforato e caffeina se havvi depressione e irregolarità nel polso e nel respiro. Se dopo qualche ora il traumatizzato si aggrava e compare la febbre (otite media acuta, otite media purulenta, labirintite, meningite) senza attendere si procederà alla puntura lombare, sia per esaminare il liquido cefalo-rachidiano a scopo diagnostico, sia per introdurre medicinali e sieri terapeutici, fra cui l'antitetanico.

Passato questo periodo di osservazione il quale durerà circa due settimane, questi feriti della rocca petrosa, qualora l'orecchio continui a suppurare, verranno internati negli ospedali e nelle cliniche otoiatriche, perchè sovente queste fratture daranno luogo, a più o meno breve distanza di tempo, a suppurazioni otogene della mastoide, della base del cranio e paravertebrali: per continuità (attraverso le deiscenze e i canali normali della faccia inferiore della rocca), per via venosa (peri- e trombo-flebiti che dai seni si sono diffuse alle giugulari), per via linfatica.

In conseguenza della frattura del temporale non sarà raro riscontrare la comparsa di ascessi occipitali corrispondenti alla faccia inferiore della rocca e di raccolte pre- e latero-vertebrali corrispondenti ad osteite della volta faringea, dell'apofisi basilare e delle apofisi trasverse delle vertebre. In tutti questi casi, sovratutto se esiste otorrea, è precetto fondamentale chirurgico di resecare completamente l'apofisi mastoidea con la sua punta, la zona compresa fra la parete posteriore del condotto in avanti e il seno indietro, infine la gronda del seno laterale.

Negli ascessi occipitali, all'incisione retroauricolare eseguita per la trapanazione della mastoide, aggiungeremo un'incisione orizzontale che parta dalla punta apofisaria. Distaccati i muscoli e disinfettata la raccolta purulenta si cercherà di stabilire se si tratta di suppurazione di cellule mastoidee aberranti o di ascessi extradurali cerebellari per procedere in conseguenza e particolarmente alla trapanazione della fossa occipitale.

Nelle raccolte profonde purulente occipitali, di cui si sospetti l'origine infettiva delle vene e quindi prodotte da trombosi sinuso-giugulari, procederemo all'incisione pre-sterno-mastoidea per legar la vena; quindi trasformeremo, mediante una completa demolizione dell'apofisi, il seno, il golfo e la vena in una vasta doccia aperta all'esterno.

Negli ascessi pre- e latero-vertebrali, a seconda della raccolta purulenta, seguiremo due vie:

1° via pre-sterno-mastoidea. Incisione sul bordo anteriore del muscolo sterno, apertura della sua guaina aponeurotica che si sposta infuori, scopertura del fascio nerveo-vascolare che si allontana esso pure all'esterno, ricerca col dito e colla sonda scanalata del tessuto cellulare profondo e puntura dell'aponeurosi

profonda. Per solito dopo ciò si vedrà il pus uscire a getto;

2° via retro-sterno-mastoidea. S'incide lungo il bordo posteriore del muscolo sterno la pelle, il pellicciaio, l'aponeurosi superficiale e le vene evitando i filamenti del plesso cervicale superficiale; si allontana all'interno lo sterno-cleido e l'omoioideo e così pure il fascio nerveo-vascolare, scoprendo così il piano dei muscoli prevertebrali che si attaccano ai tubercoli anteriori, posteriori dell'apofisi trasversa. Scollando questo piano muscolare si vedranno in genere colpite da carie la 1ª e la 3ª apofisi.

Vi sono finalmente alcuni ascessi ossifluenti consecutivi a frattura della rocca che si affacciano nella volta naso-faringea, sulla parte mediana o di lato. In tali circostanze, aperta col bisturi la raccolta, se ne favorirà il vuotamento introducendo nella ferita una pinza emostatica divaricata.

Per lo più negli ascessi faringei otogeni, la guarigione definitiva non sarà ottenuta che con un intervento sull'apofisi mastoidea che ci guidi al focolaio primitivo dell'infezione ossea.

*Traumatismi del labirinto*

Nella traumatologia auricolare non v'ha dubbio che una saliente importanza hanno le lesioni labirintiche, sia quelle dirette che indirette, come pure le funzionali e psichiche. Le due prime molto di rado si possono scindere da altre lesioni dell'organo. Le seguenti possono essere ben localizzate all'orecchio interno e sono di più difficile interpretazione diagnostica. Poichè di esse non è urgente il soccorso, non ne parleremo a lungo, tuttavia bisogna tener presente la possibilità della simulazione ed i mezzi per smascherarla.

Tanto nei traumi diretti che indiretti dell'orecchio, il labirinto può essere in prevalenza colpito, vale a dire la direzione tenuta dal proiettile e la linea di frattura possono aver seguìto l'asse della rocca dal forame lacero-posteriore verso l'anteriore, interessando i canali semicircolari o il vestibolo e la chiocciola, rispettando l'orecchio medio. In questi casi all'atto del trauma avremo i sintomi di frattura cranica e quelli di localizzazione labirintica e cioè coma, paralisi facciale, sordità completa dal lato leso, sindrome menierica. Non sempre si avrà otorragia del condotto uditivo esterno se la membrana del timpano resti integra, come pure uno scolo di liquido cefalo-rachidiano dalla ferita e dal naso. La puntura lombare rivelerà sangue nel liquido cefalo-rachidiano.

Quasi costantemente le alterazioni subìte dall'organo del Corti, dal nervo acustico e dal facciale reliquano una abolizione completa o quasi della funzione labirintica. Ma di ciò il chirurgo militare non ha da preoccuparsi tanto quanto dei pericoli più o meno tardivi di una suppurazione della rocca e della sua propagazione all'endocranio.

Il metodo migliore di cura da seguirsi al primo momento è quello di occludere il condotto uditivo con medicatura asettica e fasciatura compressiva, se esiste fuoriuscita di sangue o liquido cerebro-spinale. La puntura lombare è da consigliarsi nei casi in cui persiste il coma e sia da temere una compressione cerebrale da spandimento di sangue epi- ed ipo-durale.

Son questi i casi in cui è pericoloso il trasporto a lunga distanza ed avendo la possibilità di poter stabilire con la radiografia le localizzazioni del proiettile sarà a discutersi se non convenga di procedere più presto che sia possibile alla sua rimozione. Molte volte in questi casi l'essere stati rigorosi astensionisti ed anche temporeggiatori per l'intervento porta a morte i feriti per setticemia o flebite o meningite.

Più frequenti delle ferite d'armi da fuoco labirintiche dirette sono le lesioni indirette, cioè quelle da colpi sulla testa, da caduta dall'alto e queste hanno maggior estensione tanto che molte comprendono ambedue gli orecchi. In tali casi i tipi di fratture principali sono due in senso trasversale e longitudinale della rocca. Il secondo tipo compromette più facilmente la cassa timpanica ed è causa più frequente di otorrea e di complicazioni endocraniche. In codesti casi è buona pratica lo zaffamento asettico del condotto, vescica di ghiaccio ed immobilità assoluta dei pazienti.

Ma le vere forme tipiche caratteristiche di lesione traumatica labirintica, di cui dobbiamo occuparci in questo breve capitolo, sono tutte quelle alterazioni del labirinto membranoso dovute a varie cause (colpi sul capo, esplosioni, ecc.) e che si possono raccogliere sotto il titolo di commozione labirintica (emorragie, essudati, distacco dell'epitelio specifico, degenerazioni parziali e totali dell'elemento nervoso).

La sintomatologia è più o meno grave a seconda dell'estensione della lesione che può riguardare solo il labirinto acustico o quello non acustico e può interessarli entrambi. Sempre si ha perdita della coscienza che dura più o meno a lungo; al risveglio si ha il quadro caratteristico della labirintite (sordità, vertigini, nausea, vomito, nistagmo). La commozione labirintica è una lesione sempre grave, *quoad functionem;* i suoi effetti possono essere miti-

gati da una precoce razionale terapia che consiste nel sanguisugio alla regione mastoidea, dieta leggera, riposo assoluto, uso di purganti, vescica di ghiaccio sul capo e nei casi più gravi puntura lombare. Va da sè che questi malati nei primi giorni non debbono essere mossi dal loro letto.

La più comune forma di commozione labirintica in guerra è quella dovuta ad esplosioni. Il meccanismo patogenetico è il seguente: per la brusca condensazione dell'aria nel condotto uditivo rimane perturbata l'accomodazione dei mezzi di trasmissione, sicchè le vibrazioni giungono al labirinto con intensità talmente grande che il neuro-epitelio dell' orecchio interno ne soffre.

Per gli effetti delle esplosioni bisogna distinguere i casi nei quali la membrana del timpano ha resistito alla prima condensazione dell'aria da quelli in cui essa ha ceduto. Nella prima ipotesi i fenomeni labirintici in genere sono più gravi, imperocchè lo sforzo occorrente per lacerare la membrana toglie forza viva alla intensità delle vibrazioni. D'altro canto però, allorquando vi è lacerazione della membrana, è facile la complicazione flogistica dell'orecchio medio e sue conseguenze. Riguardo alla prognosi della commozione labirintica bisogna sempre essere riservati perchè è impossibile la diagnosi anatomica e le previsioni possono basarsi solamente sul decorso postumo, il quale dirà se le lesioni furono limitate od estese, se vi è tendenza al ripristino delle funzioni o no. In genere si può dire che la commozione del labirinto acustico risolve con maggiore difficoltà di quella del non acustico, per cui anche nei casi più favorevoli, mentre scompaiono i disturbi statici e dinamici, persisteranno la sordità o quanto meno l'ipoacusie accompagnate sempre da paracusie.

Nei relitti della commozione labirintica si è consigliato l'uso giornaliero di nitrato di stricnina alla dose di 0.001 e 0.002 per 15 giorni stante l'azione cumulativa.

Bisogna evitare che coloro che hanno subìto una commozione labirintica anche se apparentemente guariti tornino sul fronte, perchè a loro manca la facoltà di orientamento dei rumori.

Nelle guerre moderne alle lesioni dell'orecchio interno prodotte da proiettili d'arma da fuoco, da armi bianche penetranti (baionette, frecce, ecc.) e da frattura della rocca vanno aggiunte quelle provocate dalle repentine variazioni di altitudine cui s'espongono gli aereostieri. Anche i piloti più esperti, quando le variazioni di pressione barometrica sono repentine o fu notevole l'altezza raggiunta in breve tempo, accusano un senso di stordimento mal definito, rumori o pressioni auricolari e sordità transitoria.

Questi disturbi possono assumere una gravità eccezionale sino a produrre la sindrome menierica classica con perdita parziale e definitiva dell'udito (lacune tonali permanenti) determinata da piccole emorragie del labirinto. Quando i piloti o per varcare alte montagne o per sfuggire ai tiri del nemico devono spingersi a grandi altitudini si rompe da un lato l'equilibrio aereo fra l'orecchio esterno e medio mediante la tromba d'Eustachio e dall'altro cessa la compensazione labirintica per rapidi spostamenti della peri- ed endo-linfa.

Tanto più gravi saranno le conseguenze del perduto equilibrio compensativo timpanico e labirintico allorchè prima di ammettere gli allievi alla scuola di pilotaggio non si sarà compreso nella visita medica una peculiare attenzione agli organi di senso e specialmente a quello dell'udito, escludendo a priori tutti coloro che presentino deformità scheletriche naso-palatine, deviazioni del setto osseo-nasale, ipertrofia della mucosa dei turbinati, vegetazioni adenoidi, ipertrofia delle tonsille palatine o linguali, insomma tutte quelle alterazioni del cavo nasofaringeo che ostacolano la normale permeabilità della tromba d'Eustachio.

Siccome l'orecchio non può accomodarsi che lentamente con i difetti suaccennati a una grande variazione di altitudine, vedendo gli allievi aereonauti o aviatori alle prime prove accusare rumori, vertigini, nausee, disturbi vascolari, inversione del segno di Rinne, diminuzione dell'acutezza uditiva, li scarteremo per non aver a rimpiangere un numero maggiore di vittime dell'aviazione.

Avemmo occasione pure di esaminare sanissimi piloti i quali dopo ascensioni repentine a 2000 o 3000 metri ebbero all'improvviso tutti i fenomeni di una probabile emorragia labirintica (otalgia, iperacusia da principio e poi obnubilazione con rumori, vertigini, nistagmo, ecc.). Curati prontamente col sanguisugio alla mastoide, con iniezioni sottocutanee di cloridrato di pilocarpina all'1 %, la puntura lombare, il riposo, la vescica di ghiaccio alla regione temporale, questi pazienti migliorarono ma non guarirono del tutto, nel senso cioè che il difetto funzionale si attenuò, ma non scomparve completamente, restando abolita ora la percezione dei suoni gravi, ora di quelli acuti.

Dopo i grandi combattimenti nei quali vi è stato un numero stragrande di esplosioni si nota che una cospicua quantità di soldati sono vittime di una specie di shok acustico, di stordimento per cui la percezione specie dei suoni

bassi è diminuita od abolita. Questo disturbo è più manifesto in coloro che fisicamente sani presentavano tuttavia qualche difetto dell'orecchio medio e delle prime vie aeree.

Tale perturbamento acustico, a cui spesso si associano disturbi dell'equilibrio, dura per solito poche ore, ma in alcuni, perchè a fondo neuropatico o perchè precedentemente otopatici, può persistere più a lungo traendo i medici a giudizi prognostici più gravi di quanto la lesione non comporti e facendo credere agli stessi pazienti di essere più malati di quanto non sieno. Questi disturbi sono dovuti all'esaurimento degli elementi nervosi tanto motorii dell'apparecchio di trasmissione quanto di quelli sensitivi specifici. La terapia di queste forme si riassume nel riposo assoluto possibilmente lontano dai rumori.

La dimostrazione che lo shock in prevalenza si nota in individui che hanno qualche tara auricolare ci può indirettamente essere confermata da una notizia anedottica colta nella presente guerra. Il famoso violinista Kreisler in un suo volume (*Quattro settimane nelle trincee*) riportò interessanti esperienze di guerra riguardanti il suo finissimo orecchio musicale. Anzichè il suo orecchio avere risentito un vero e proprio strazio alle detonazioni nelle aspre battaglie austro-russe in Galizia egli dice che alla sgradevole sorpresa del primo momento, alla nervosità prodotta dai primi colpi subentrò presto una specie di abitudine alle scariche quasi che egli si fosse abituato ai rumori come ai suoni, non diminuendo affatto le sue qualità musicali come temeva.

L'immensa trasformazione che ha subìto la guerra, sia per la natura e velocità dei proiettili, sia per la violenza delle detonazioni ed esplosioni degli shrapnell, delle granate, delle bombe a mano, sia infine per essersi trasportata la lotta dalla terra al cielo coi dirigibili ed aeroplani, ha senza dubbio prodotto nelle statistiche dei traumi diminuzione di numero in certe categorie di essi ed aumento in altre, fra le quali con un crescendo impressionante vanno segnalate le lesioni dell'occhio e dell'orecchio. Aver dunque richiamato l'attenzione sui traumi di guerra dell'organo acustico speriamo che serva ad animare i chirurgi a raccogliere sull'argomento nuovo e proficuo materiale di studio nell'interesse della scienza e dell'umanità.

BIBLIOGRAFIA


ROSATI TEODORICO. *Le ferite d'arma da fuoco dell'orecchio e la resistenza del suo scheletro.* Annali di Med. Navale, anno III, 1897.

AVOLEDO PIETRO. *Ferite dell'orecchio d'arma da fuoco.* Morgagni, anno XXXV, nov. 1893.





H. DE GRAFFIGNY. *Hygiène pratique de l'Aviateur et de l'Aeronaute.* Paris, A. Maloine, éditeur, 25-27 Rue de l'école de Médecine, 1912.

M. LERMOYEZ. *La sordità di guerra.* La Presse médicale, 1915, n. 8.

GIORGI GIORGIO. *La dottrina e la pratica della chirurgia d'urgenza nei traumi del cranio e del cervello.* Annali di Med. Navale e Coloniale, anno XXI, 1915, vol. I, fasc. III-IV.

LAFOY LEON. *L'extraction des Balles Intracrâniennes.* Paris, Librairie J. B. Ballière et fils, 19 Rue Hautefeuille, près du Boulevard Saint Germain, 1904.

M. AUVRAY. *Maladies du crâne ed de l'encéphale.* Paris, Librairie J. B. Ballière et fils, 19 Rue Hautefeuille près du Boulevard Saint Germain, 1909.

G. F. RANDONE. *Guida pratica per il medico militare in campagna.* Un. Tip.-Ed. Torinese, 1909.

O. LAURENT. *La guerre en Bulgarie et en Turquie.* Paris, A. Maloine éd., 1914.

L. SILVESTRINI. *Le vicende sanitarie e la chirurgia di guerra a bordo della R. nave-ospedale «Re d'Italia» durante la guerra libica* (1911-12). Genova, A. Donath editore, 1914.

FILIPPO RHO. *I servizi sanitari nella guerra navale.* Annali di Medicina Navale e Coloniale, anno XXI, 1915, vol. 1, fasc. V, maggio, pagina 473.

LINCOLN DE CASTRO. *Singolare tragitto d'un proiettile da rivoltella incuneato nel condotto uditivo osseo.* Torino, Fratelli Bocca, ed. 1910.

DOMENICO TANTURRI. *Proiettile nella regione antro-mastoidea estratto dopo sei anni.* Napoli, Tipogr. Editrice A. Tocco, via del Grande Archivio 19, 1912.


Istituto Fisico della Regia Università di Roma.

## Interruttore elettrico per la corrente alternata. (1)

Dott. G. C. TRABACCHI.

Quando si deve far funzionare con la corrente alternata un rocchetto che debba servire per alimentare dei tubi per la produzione dei raggi X, uno dei più gravi problemi che s'incontrano è certo quello della scelta dell'interruttore.

L'impiego della corrente alternata viene imposto sovente dal fatto che la distribuzione urbana della energia elettrica è fatta in quasi tutti i paesi con tale corrente e i piccoli impianti, specialmente se debbono essere trasportabili, non possono in generale essere muniti di complessi dinamo-motore atti a trasformare localmente la corente alternata in continua.

La soluzione ideale del problema è per ora rappresentata dal noto interruttore a turbina, azio-

(1) Accogliamo molto volentieri questa nota, poichè la soluzione semplice e rapida dell'interruttore su corrente alternata presenta una speciale importanza pei servizi radiologici di guerra. (*N. d. R.*).

nato da un motore sincrono, il quale interrompe la corrente nell'istante in cui essa assume i suoi valori massimi: alcuni di tali interruttori utilizzano solo la metà di ogni periodo; altri, più perfezionati, con opportune disposizioni, utilizzano ambedue i semiperiodi. Uno spinterometro a punta e piano inserito convenientemente tra un polo del rocchetto e il tubo è sufficiente ad arrestare le eventuali correnti inverse.

Tali interruttori sono però assai costosi e per di più non ne è facilissimo l'uso e la manutenzione, così che è andato diffondendosi l'*interruttore elettrolitico* malgrado le difficoltà che presenta il suo uso con la corrente alternata.

suo costo esiguo: all'acido solforico si sostituisce in genere una soluzione salina.

Per eliminare le conseguenze del secondo inconveniente sono stati proposti vari dispositivi di valvole da inserirsi tra il rocchetto e il tubo per arrestare le correnti indotte dirette in senso opposto al normale.

Rimane però sempre difficile trovare le condizioni di buon funzionamento a seconda dell'auto-induzione del rocchetto e della durezza del tubo impiegato.

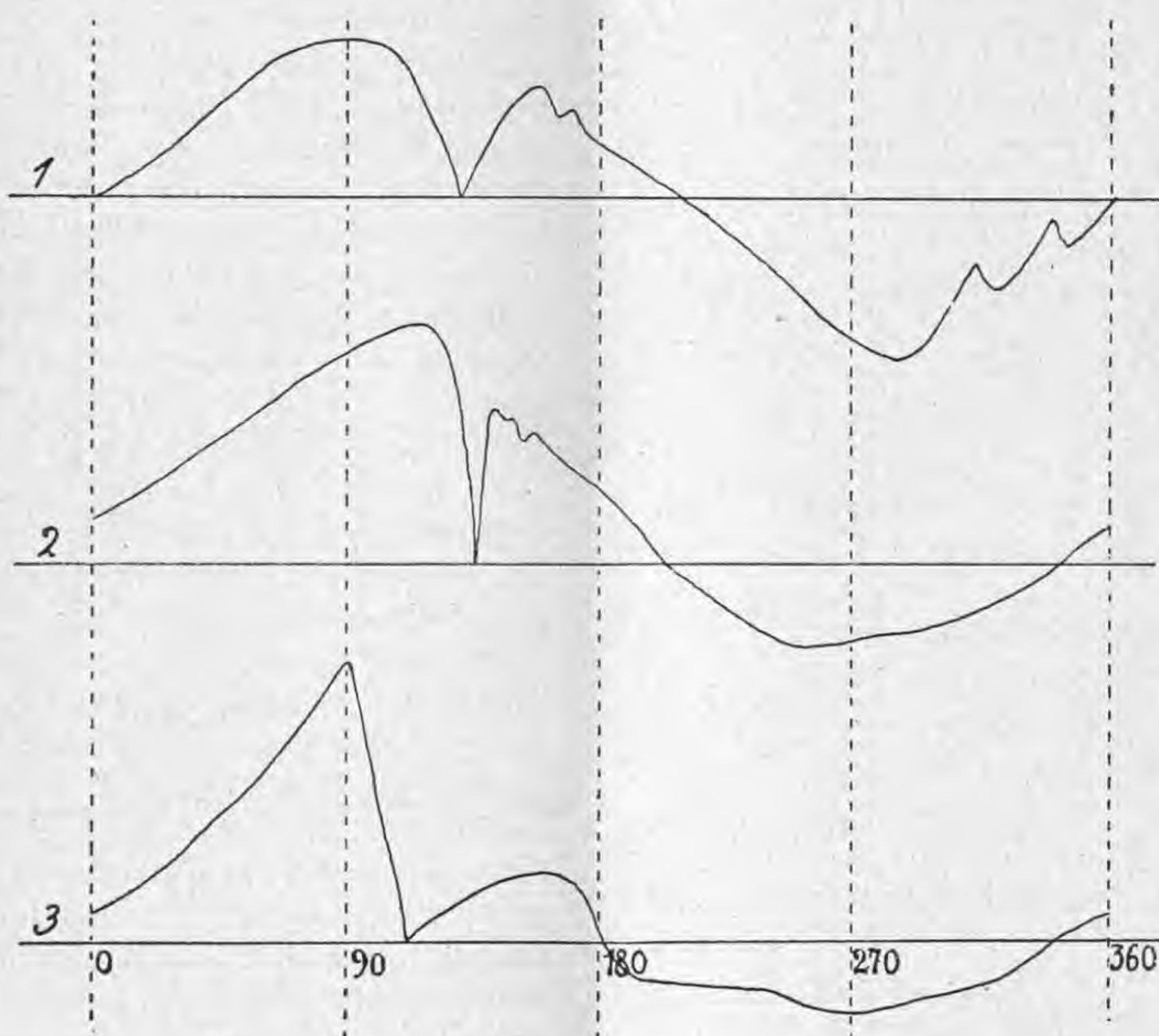
* * *

Allo scopo d'introdurvi dei miglioramenti mi sono innanzi tutto proposto di studiare il fun-

1

2

3

0 90 180 270 360

I difetti essenziali dell'interruttore elettrolitico con la corrente alternata sono principalmente due:

1° La punta di platino si logora rapidamente essendo ad ogni periodo sottoposta per la metà del tempo a funzionare da catodo.

2° Durante il semiperiodo in cui la punta è catodo, e che diremo *semiperiodo inverso,* avvengono delle interruzioni, in generale irregolari, le quali, più che le chiusure che hanno luogo nel *semiperiodo utile,* provocano delle correnti che sono deleterie per il tubo perchè ne determinano rapidamente la metallizzazione e l'indurimento.

Al primo inconveniente si suole ovviare sostituendo alla punta di platino una di ferro che può essere di tanto in tanto rinnovata dato il

zionamento dell'interruttore elettrolitico per corrente alternata con un mezzo che permettesse di rendersi conto di tutte le modalità delle interruzioni.

Ho studiato perciò l'andamento della corrente primaria interrotta servendomi dell'oscillografo più perfetto che si conosca. Non è il caso che qui descriva i particolari del dispositivo impiegato (1); riporto solamente alcuni dei risultati ottenuti.

Il n. 1 della figura rappresenta il diagramma relativo ad uno degli interruttori elettrolitici, più usati con la corrente alternata, costituito da una punta e una lamina di ferro in una soluzione di carbonato di potassio ($d = 1.036$).

(1) Vedi *Rend. Acc. Lincei*, 1915, 2° semestre.

Da questo diagramma si vede chiaramente che la corrente durante il semiperiodo utile subisce una buona interruzione durante la fase di massimo seguita da altre di effetto trascurabile; però, durante il semiperiodo inverso, avviene (sebbene in misura ridotta) la stessa cosa.

Non si comportano meglio altri interruttori analoghi con lamine e sali diversi che sono stati proposti allo stesso scopo.

L'oscillografo rivela poi per tutti una grande irregolarità di funzionamento.

Il comportamento di questi interruttori varia assai con la temperatura del liquido; la punta si logora rapidamente e la corrente per la metà del periodo, oltre a dar luogo alle scariche dannose di cui si è parlato, e che devono essere arrestate da buone valvole, *scalda inutilmente il liquido con notevole spreco di energia.*

Allo scopo di eliminare, per lo meno in parte, questa corrente dannosa ed inutile ho pensato di sostituire alla lamina di ferro una di alluminio cambiando il liquido usato ordinariamente con uno di quelli che meglio si prestano alla funzione polarizzatrice dell'alluminio.

In questo modo essendo notevolmente ridotta l'intensità della corrente durante il semiperiodo inverso, era da prevedersi anche la cessazione delle interruzioni durante questo tempo; infatti tali interruzioni sono conseguenza dell'effetto termico della corrente, effetto che si riduce in misura più forte che non la corrente stessa.

Le previsioni sono state completamente confermate dalle esperienze così che con il dispositivo che ora descriverò ho potuto realizzare un interruttore che funziona in modo che si avvicina assai a quello dell'interruttore con motore sincrono il quale *saltando i semiperiodi inversi interrompe la corrente quando essa ha raggiunto il suo valore massimo durante il semiperiodo utile.*

La lamina è, come ho detto, di alluminio, la sua superficie immersa è utile che sia variabile perchè la densità di corrente che l'attraversa è bene che non sia mai troppo piccola, la si immergerà quindi più o meno a seconda che si adoperano correnti intense o deboli.

Tra i liquidi che ho sperimentato, quelli che ho trovato migliori sono:

il tartrato doppio di sodio e potassio detto comunemente sale di Seignette (soluzione al 20 per cento);

il bicarbonato di sodio (soluzione satura).

La punta può essere di ferro ma, tenuto conto che il suo logoramento è minimo, perchè minima è la corrente inversa, può essere anche di platino che non si logora affatto; così è facile adattare per la corrente alternata, qualunque comune interruttore elettrolitico per corrente continua cambiando solo il liquido e la lamina.

Usando il platino si realizza anche una maggiore conservazione del liquido; la lamina di alluminio serve per molto tempo; quando si usa una lamina nuova è necessaria una formazione preliminare che si compie con la stessa corrente alternata in meno di mezzo minuto.

Il buon funzionamento dell'apparecchio non dipende dalla temperatura del liquido e perciò ne è possibile l'uso anche per varie ore di seguito senza inconvenienti.

L'esame fatto con il metodo oscillografico mi ha permesso di asserire quanto sono venuto esponendo.

Riporto pertanto il diagramma n. 2 relativo alla nuova disposizione usata con tartrato di potassio e sodio. Come si vede *durante il semiperiodo inverso non vi sono mai interruzioni* e la corrente inversa è debolissima rispetto alla diretta.

Si realizza quindi una notevole economia della corrente; per sincerarsene basta anche un mezzo grossolano: se alla lamina di alluminio, senza mutare le altre condizioni, si sostituisce una lamina di ferro o di piombo, pur non ottenendosi aumenti nella corrente indotta utilizzabile, si vedrà aumentare notevolmente la intensità efficace della corrente primaria.

Se, come accade per tutti i rocchetti moderni, è in proprio potere modificare l'autoinduzione del primario insieme alla resistenza inserita nel circuito, si possono ottenere condizioni di funzionamento anche migliori di quelle descritte come lo prova il diagramma n. 3 in cui si vede che pur determinandosi la interruzione nella fase di massimo, la susseguente corrente di chiusura è praticamente trascurabile; l'interruzione è poi una sola per ogni periodo.

Quando tutto è così ben regolato è anche possibile connettere il tubo generatore di raggi X con il rocchetto senza bisogno di intercalare valvole. In mancanza di autoinduzioni e resistenze ampiamente variabili è però sufficiente anche per i tubi più molli inserire uno spinterometro qualsiasi come si usa anche con l'interruttore a motore sincromo.

Data la grande regolarità di funzionamento di questo apparecchio, che possiamo chiamare *Interruttore sincrono elettrolitico*, ne consegue che *usando la disposizione descritta con la corrente alternata i risultati sono migliori di quelli che l'ordinario interruttore elettrolitico dà con la corrente continua.* Con questa infatti la legge con cui si susseguono le interruzioni è determi-

nata da condizioni che variano assai con il funzionamento, cosicchè è difficile che le modalità della interruzione siano sempre le stesse; con la corrente alternata invece dopo la interruzione segue un intervallo determinato di riposo, durante il quale tutto torna sempre nelle stesse condizioni.

L'esame oscillografico infatti eseguito per lungo tempo mostra che le interruzioni sono regolarissime non solo per l'intervallo che le separa ma anche per le altre caratteristiche; in altre parole i diagrammi 2 e 3 si vedono riprodurre sempre uguali in tutti i particolari per tutto il tempo del funzionamento.

Con l'interruttore elettrolitico ordinario e la corrente continua l'oscillografo rivela invece che le interruzioni non si seguono a intevalli regolari e inoltre le correnti di chiusura, a causa della costanza della f. e. m. sono quasi sempre tali da generare correnti indotte capaci di attraversare i tubi danneggiandoli, se non si fa uso di buone valvole.

Il funzionamento dei tubi generatori di raggi X con l'interruttore descritto, è assolutamente perfetto, con gran beneficio per la loro durata, essendo completamente eliminate le scariche dannose.

A titolo di prova della regolarità di funzionamento dell'interruttore dirò, che, con due rocchetti nei cui circuiti primari, disposti in parallelo, erano inseriti, rispettivamente in senso opposto, due interruttori sincroni elettrolitici, sono riuscito facilmente ad ottenere che due tubi emettessero con grande regolarità i raggi X alternativamente, utilizzando cioè, metà per ciascuno, ogni intero periodo.

Disposti i due tubi a conveniente distanza dallo schermo fluorescente si ottiene una doppia immagine degli oggetti interposti che, guardata coi due occhi attraverso a due serie di fori praticati in modo opportuno in un disco opaco che ruota per mezzo di un motore sincrono, dà completa la sensazione del rilievo.

Sui particolari di questo dispositivo radiostereoscopico riferirò in una prossima nota.

### *Norme pratiche per la costruzione e l'uso dell'interruttore.*

Per gli scopi della radioscopia ordinaria conviene usare un bicchiere cilindrico di vetro o di terraglia della capacità di circa sei litri: vi si mettono cinque litri di acqua in cui si scioglie 1 kg. di sale di Seignette o 0.5 kg. di bicarbonato di sodio.

Da una lamina di alluminio dello spessore di circa 1/2 millimetro si taglia un quadrato di circa 10 cm. di lato a cui si lascia attaccata da una parte una zona lunga e sottile.

La lamina è adagiata sul fondo del vaso: la striscia sottile piegata ad angolo retto esce dal liquido e fa da elettrodo.

Nel centro del bicchiere ad una tavoletta di legno forata, che serve da coperchio, è fissato il tubo isolante da cui sporge la punta di ferro o di platino di lunghezza regolabile.

Per mettere in funzione l'apparecchio si deve considerare che gli elementi variabili sono:

1° la tensione esterna;

2° la durezza del tubo;

3° la resistenza inserita nel circuito;

4° l'autoinduzione del rocchetto;

5° la lunghezza della punta dell'interruttore.

Supposti fissi i primi due elementi il problema rimane sempre indeterminato. Io credo che il metodo più rapido e sicuro per trovare le migliori condizioni di funzionamento sia il seguente: si parta dall'autoinduzione più alta e si cerchi di mettere in azione uno spinterometro in cui la distanza tra la punta e il piano sia quella della scintilla che corrisponde *presso a poco* alla durezza del tubo. Si allungherà man mano la punta, *diminuendo in corrispondenza la resistenza inserita nel circuito,* finchè interruttore e scintille sono all'unisono e il suono emesso corrisponde alla frequenza della corrente usata. In poco tempo si acquista la pratica per discernere questo. Quando tutto va bene le scintille sono tutte uguali per aspetto e l'occhio ha l'illusione di vederne contemporaneamente tante quanti sono i periodi al secondo divisi per dieci. Così con la corrente a *cinquanta* periodi per secondo si vedono le scintille come se fossero *cinque* contemporanee.

Se la più alta autoinduzione non permette di raggiungere lo scopo, si passa alle successive finchè le cose vanno come si è detto.

Si attacca allora il tubo con il solito unico spinterometro in serie: se la intensità dei raggi è poca si *diminuisce la resistenza aumentando la lunghezza della punta* in modo che il suono emesso dall'interruttore rimanga puro. Se la intensità dei raggi è troppa si opera al contrario agendo sempre però *contemporaneamente sulla resistenza e sulla punta.*

Ripetendo le stesse operazioni per tutte le autoinduzioni di cui si dispone, escluse quelle scartate nella prima operazione descritta, si troveranno facilmente le condizioni che convengono e per le quali lo spinterometro in serie può essere ridotto alla minima lunghezza o abolito del tutto.

Per raggiungere le alte intensità, necessarie per le rapide radiografie, si aumentano le dimensioni della lamina di alluminio e si usano due o tre punte in parallelo.

# LETTERE DALLA ZONA DI GUERRA.

## Combattiamo i danni del freddo fra i nostri soldati in montagna.

.... 10 agosto 1915.

In questa stazione centrale dell'Alta Italia i treni dei prigionieri austriaci si alternano con i treni dei nostri feriti.

Anche dopo i tumulti dei combattimenti lo spirito dei nostri soldati si mantiene in genere meravigliosamente alto. Essi parlano con fierezza delle battaglie dove furono feriti, ma non mostrano interesse per le loro sofferenze. Sono senza rancore verso la sorte che li ha colpiti, e pieni di entusiastici trasporti per la sorte della patria.....

Allo stesso modo infaticabili, accaniti, multanimi, univoci devono essere gli sforzi ed i sacrifizi della nazione per salvare la salute e la vita di questi bravi figliuoli. Ancora tutto non è fatto per essi, ancora molto v'ha da fare. Così pensavo l'altro giorno alla vista dei primi casi di congelamento fra i nostri feriti di passaggio...

È un altro temibile nemico il freddo della stagione invernale che ci troverà ancora e sicuramente in guerra, in aspra guerra di montagna dallo Stelvio al Carso. Che cosa si è fatto per prevenire e combattere e curare gli effetti del freddo e della tormenta delle Alpi, avendo riguardo in ispecie alla vita di trincea dei nostri soldati? Le autorità militari e sanitarie a molto hanno già provveduto. Ma sarà utile che tutti ci prospettiamo per intero l'entità del pericolo per non lasciarci cogliere alla sprovvista.

Bisogna pensare che per l'inclemenza della stagione ventura molti valichi e picchi di montagna forse dovranno essere da noi abbandonati; bisogna pensare che il nemico che dovremo vincere, se meglio di noi avrà preveduto e meglio di noi si sarà potuto premunire, potrà rioccupare le nostre posizioni e cantar vittoria su zolle bagnate di sangue italiano. Forti della necessità di questi sentimenti, ed ammaestrati dalla esperienza degli eserciti che già sostennero in questa guerra i rigori ed i disagi d'una campagna invernale, siamo sicuri che pure a queste gravi esigenze noi sapremo opportunamente provvedere. Ma bisogna ricercare i mezzi, ed indagare i problemi e le difficoltà che in questa ricerca si dovranno superare.

* * *

Quando l'ambiente esterno, per difetto estremo di calore, stimoli intensamente le terminazioni nervose del nostro rivestimento cutaneo, nel nostro organismo si genera e si attira un particolare sistema di reazioni difensive. Per via riflessa i vasi superficiali si contraggono, sì che alle parti più periferiche del corpo viene sottratta una parte più o meno notevole del normale afflusso sanguigno, ed il sangue accorre in maggior copia verso i tessuti e gli organi più profondi.

Questo stato ischemico delle parti periferiche del corpo può durare a lungo, e può preludere a fenomeni di asfissia locale e di congelamento. Se queste condizioni si accentuano sempre più e perdurano, può essere superato l'indice di resistenza dei tessuti a questa sottrazione di liquidi nutritizi, aggravata dalla ostacolata eliminazione delle scorie del ricambio cellulare; e quei tessuti ne possono essere fondamentalmente colpiti nelle loro proprietà vitali.

Il sangue, ritiratosi dalla periferia del corpo per salvare i centri della vita — come si esprime artisticamente il Mosso — lascia in balìa della morte le parti periferiche del corpo; l'eccesso di difesa diventa nocivo.

Per fortuna, in molti di noi la resistenza al freddo è grande. Ma in altri è evidente d'inverno la debole resistenza dei tessuti all'azione del freddo ambiente. In essi i vasi sanguigni cutanei possono per azione del freddo così fortemente e stabilmente contrarsi, da ridurre ad un *minimum*, od a sopprimere del tutto la circolazione del sangue dei piccoli vasi in determinati territori e tessuti. Ed allora il colorito della cute assumerà una tinta cianotica livida, simile a quella del sangue privo d'ossigeno. Per fortuna, i centri vasomotori son capaci di funzioni di compenso, se abituati a questi stimoli ripetuti del freddo: sì che noi vediamo alpinisti ed alpini, allenati ai disagi ed ai rigori della montagna, resistere validamente all'azione deleteria del freddo intenso.

In alcune popolazioni i vasi cutanei pare siano meno sensibili all'azione del freddo, o pure più forti sono i poteri compensatori dei centri termoregolatori e vasomotori. È noto, che fra le armate condotte da Napoleone I nel cuore della Russia, i contingenti forniti dall'Italia meridionale ebbero a soffrire meno dei popoli settentrionali gli effetti disastrosi della rigidissima stagione.

I soggetti deboli e denutriti, gli anemici ed i linfatici presentano di solito una particolare vulnerabilità all'azione del freddo. Nelle età estreme i vasi cutanei vanno più facilmente soggetti ai danni del freddo intenso.

L'abuso di sostanze alcooliche, e tanto più lo stato di ubbriachezza, predispongono fortemente a gravi fenomeni di congelamento. Nel passato

non furono rare le vittime dell'alcool durante le ascensioni invernali, dovute al pregiudizio che forti dosi di alcoolici aumentassero la resistenza organica al freddo. Non deve trarre in inganno la resistenza dimostrata dai soggetti di costituzione molto robusta agli effetti del freddo e dell'alcool, come è il caso di alcune guide alpine che abusano di bevande spiritose. La lotta mossa dagli alpinisti contro le sostanze alcooliche è più che giusta.

Sotto l'azione dell'alcool i centri vasomotori si paralizzano, per cui viene a mancare il tono vasale alla periferia del corpo, ed i vasi sanguigni superficiali si dilatano e diventano incapaci a contrarsi sotto lo stimolo esterno del freddo. Di qui ha origine un'eccessiva dispersione di calore attraverso i tessuti più periferici, i quali in conseguenza di ciò subiscono un forte raffreddamento e possono congelarsi.

Sotto l'influenza associata del freddo e degli alcoolici, gravi possono essere anche i fenomeni congestizi di organi interni, quali, per es., il cervello ed i polmoni.

Quando si parla di bevande alcooliche è chiaro che non si intende parlare del vino comune. Per noi italiani anzi, nel regime di vita alpina, la migliore bevanda è il vino sano e generoso, senza per questo abusarne mai.

Se per effetto del freddo la circolazione sanguigna alla periferia è pigra, qualunque causa che ne aumenti le difficoltà può essere dannosa alla vitalità dei tessuti.

Ciò potrà osservarsi facilmente alle parti estreme degli arti, se le calzature troppo strette, i legacci delle gambe o gli anelli molto stretti ostacolano la circolazione del sangue nel territorio corrispondente.

Chi per particolari condizioni non possa reagire ai primi effetti dell'azione del freddo, più facilmente ne subirà le estreme conseguenze dannose. L'insensibilità al freddo di determinate zone di cute predisporrà al congelamento. Così vi andrà soggetto chi sia rimasto inerte fra le nevi per grave estenuamento di forze o per svenimento. Così i nostri, costretti alla immobilità nelle trincee, potranno gravemente risentire dell'azione del freddo, se a questa non potranno reagire con delle sortite o delle marcie.....

Il congelamento colpisce le parti più periferiche del corpo, dove più facilmente si verifica l'ischemia, e sopratutto le parti più distali degli arti, cioè le dita dei piedi e delle mani. Anche le orecchie, gli zigomi, il naso sono sedi frequenti di congelamento; anzi il naso sarebbe ancora meno risparmiato, se non fosse riscaldato dall'aria espirata.

Il congelamento può colpire qualunque regione del corpo rimasta a lungo in contatto col ghiaccio o con la neve: quindi arti interi, natiche, ecc., possono esserne colpiti in tutta la loro estensione, come può verificarsi nei feriti gravi che non possano essere stati soccorsi in tempo e quindi siano rimasti a lungo semi-sepolti dalla neve.

Anche i soldati combattenti non feriti possono essere così ampiamente colpiti, quando siano costretti a tenersi celati ed immobili nelle trincee per un lungo periodo di tempo.

In queste condizioni, i soldati possono avere le gambe in vere pozzanghere di neve disciolta e di fango ghiacciato, e l'umidità diaccia dei vestiti più d'ogni altro fatto contribuisce, nell'immobilità forzata del corpo, ad affrettare i processi di congelamento. Da queste condizioni alla morte per assiderazione può essere breve il passo.

* * *

Come per le scottature, così per i casi di congelamento sono state proposte parecchie classifiche a seconda della gravità delle lesioni. In genere sono stati distinti tre gradi di congelamento.

Nel primo grado sono state comprese soltanto le lesioni iniziali nelle quali al periodo della ischemia è succeduta l'iperemia da vaso-paralisi, con stasi venosa e linfatica della regione, colorito bluastro della cute ed anestesia, sensazioni dolorose profonde. Nei casi ancora più incipienti l'azione del freddo produce semplice formicolio delle dita, senza veri fenomeni di congelamento. Altre volte, dopo congelazioni leggiere, residui per dei mesi anestesia più o meno completa della parte colpita.

Nel secondo grado si hanno i primi fenomeni di necrosi superficiale dei tessuti, con distacchi epidermoidali e formazioni di bolle e flittene più o meno voluminose, a contenuto sieroso o siero-ematico; le sensazioni dolorose profonde possono essere più fiere, l'anestesia cutanea assoluta, e la motilità del segmento d'arto colpito può essere parzialmente compromessa.

Nel terzo grado si hanno i veri fenomeni di necrosi, con formazione di escare più o meno profonde, che possono colpire i tessuti molli fino allo scheletro. E possono colpire anche le ossa, nel senso di disturbarne la circolazione e renderle estremamente fragili. L'escara necrotica può mantenersi secca fino a che si verifica il processo di demarcazione, se la regione è mantenuta asciutta e non si infetta; ma può anche diventare sede di processi putrefattivi e suppurativi, con tutte le gravi conseguenze della gangrena umida settica.

Oltre le alterazioni circoscritte nei singoli territori della periferia del corpo, anche l'azione del freddo intenso può influire sinistramente anche sulle condizioni generali dell'organismo. L'assideramento generale si annunzia con una estrema prostrazione, sonnolenza profonda ed invincibile che può diventare vero sopore, con risoluzione completa delle forze; a ciò può seguire rigidità di tutte le articolazioni e stato di morte apparente che dicesi *assiderazione*. In questo caso il corpo è irrigidito, il polso filiforme, quasi impercettibile, il respiro debolissimo, l'aspetto generale pallido cereo cadaverico, la cute fredda. Al sopore ed alla morte apparente può seguire il coma e la morte per assiderazione.

***

Di fronte a casi di congelamento parziale o di assiderazione generale, il primo canone fondamentale è di badare a non far male. Bisogna pensare anzitutto che l'assiderato dev'essere mosso e trasportato con grande precauzione, perchè anche per scosse minime le ossa in tali condizioni vanno soggette a gravi fratture spesso inguaribili, ed i tessuti molli possono subire lesioni di continuo difficilmente riparabili.

Bisogna anche sapere che le bevande alcooliche sono molto perniciose nei casi di congelazione: fin che la circolazione non sarà ristabilita e non sarà ritornato il calore normale nei territori congelati, le sostanze alcooliche devono essere assolutamente proscritte.

È sopratutto essenziale sapere che non si deve mai cercare di affrettare il riscaldamento delle regioni congelate o del corpo assiderato. Il riscaldamento dev'essere lentissimo e graduato; deve cercarsi soltanto di favorire lo sviluppo spontaneo del calore dell'organismo, senza mai ricorrere a sorgenti calorifere esterne. Nel porgere i soccorsi di cui diremo bisognerà cercare di tenere il paziente all'aria aperta od in ambienti freddi.

Il Catiano ha dimostrato sperimentalmente il danno che il riscaldamento affrettato può produrre. Col mezzo dell'evaporazione dell'etere, egli ha raffreddato bruscamente il cervello del piccione; e quindi versando dell'acqua tiepida sulla testa dell'animale per ottenere un riscaldamento rapido del cervello, ha osservato spiccatissimi disturbi nervosi. Questi mancavano del tutto, ed anzi il piccione si svegliava gradatamente, se il riscaldamento veniva effettuato a poco a poco nello spazio di parecchie ore.

Bisogna essere sommamente convinti di questo fatto. Il paziente potrà invocare di essere riscaldato con una fiammata od altrimenti; ma non bisognerà mai concederglielo, come al coleroso non si permetterà mai di raffreddarsi quando egli, anche se sarà in istato algido, potrà accusare un caldo insopportabile e vorrà buttare via dal letto coperte e borse d'acqua calda. Il coleroso ha bisogno di un ambiente caldo per fare la sua reazione contro l'intossicazione grave; l'assiderato deve aspettarla pazientemente in ambiente freddo. Il calore intempestivamente prodotto produce od affretta la necrosi dei tessuti, e quindi produce un grande ritardo nella guarigione, oppure è causa di amputazioni, di infezioni settiche generali, di morte.

Dunque *primum non nocere*.

Per la cura dei congelamenti parziali bisogna cercare di poter intervenire prima che si abbiano fenomeni di necrosi. Se ancora persiste parzialmente la circolazione del sangue nel segmento minacciato da congelamento, possono bastare semplici contrazioni muscolari ed un po' di massaggio prudente per evitare il raffreddamento delle dita, le quali così resistono all'azione del freddo.

Quando la regione si fa livida e manca la sensibilità, ed i movimenti si fanno torpidi o mancano del tutto, bisogna subito intervenire cercando di riattivare la circolazione, dalla quale soltanto dovrà derivare il calore alla regione congelata.

Il Mosso non approva il rimedio antico ed ancora popolare di fregare con la neve le parti congelate, perchè nelle regioni così strofinate frequentemente si producono delle ulcerazioni a causa dei cristallini della neve che scalfiscono la pelle, e dànno origine alla formazione di ulcere e piaghe.

È da ritenere però utile di soffregare dolcissimamente la parte malata con neve sottile (mai con ghiaccio), o meglio ancora con pannolini bagnati in acqua molto fredda: e ciò a lungo, con grande pazienza, fino a veder tornare il colorito roseo ed il calore della pelle. In un primo tempo è bene usare panni freddi e bagnati, poi pannolini e flanelle asciutte e fredde, ed infine, cioè quando la circolazione è riattivata, panni leggermente riscaldati.

La parte gelata sarà così diventata sensibile, ed avrà riacquistato i movimenti: ed allora soltanto si coprirà il corpo con coperte di lana e si lascierà ancora in ambiente freddo. Ma finchè persisteranno anestesia ed algidità, si continuerà a praticare le fregagioni fredde suddette.

Esse potranno essere alternate con compresse di alcool canforato, seguìte da impacchi di ovatta e guttaperca direttamente applicata sulle parti colpite. Efficaci sono pure le semplici com-

presse di spirito canforato, alternate con bagni salati freddi.

Il Mosso consiglia semplici massaggi con vasellina, in senso centripeto, eseguiti molto dolcemente, senza comprimere tanto, fino a che la pelle ridiventa rossa e calda.

Nelle frizioni bisognerà sempre procedere molto cauti per non ledere la pelle, e per non produrre paralisi molto duratura delle pareti dei vasi già contratti dall'azione del freddo. Le dita colpite potranno essere circondate con striscie di cerotto anestetico, con grande sollievo del paziente. Sono state pure usate le varie pomate con sostanze anestetiche.

Dunque dapprima proibire assolutamente l'uso dell'acqua calda, del fuoco, di abiti di lana e praticare le fregagioni come si è detto; soltanto in secondo tempo coprire con lana molto lassamente, per non riscaldare mai più del bisogno.

Nell'assiderazione generale se, scomparsa la rigidità, tarda a ripristinarsi la circolazione e la respirazione, si potrà praticare la respirazione artificiale con grande dolcezza. Quando il paziente potrà inghiottire, sarà bene dargli qualche cucchiaiata di buon caffè o di the tiepido. Soltanto quando si sarà fuori di pericolo, e le parti colpite hanno riacquistato il calore primitivo ed il loro colorito, si potrà trasportare il paziente in un letto leggermente riscaldato, e gli si potrà somministrare un cordiale allungato eccitante.

Nei congelamenti di terzo grado, cioè con fatti di necrosi e gangrena, dovranno prevalere, nei limiti del possibile, i criterî della chirurgia conservatrice. Se non si ha fretta di intervenire con l'amputante, spesso si vedrà che la linea di demarcazione, circoscrivendo nettamente il territorio necrosato che dovrà eliminarsi, ne restringerà i confini, sì che con l'attesa si sarà ottenuto un guadagno nella parte residua salvata.

Altre volte la necrosi, che aveva l'apparenza di colpire in pieno tutto lo spessore dei tessuti molli, si delimiterà in un'escara più superficiale e, quando questa si sarà spontaneamente eliminata, si potrà avere un buon tessuto di granulazione, che tenderà a reintegrare con tessuto di cicatrice la regione colpita.

Dopo la caduta spontanea delle parti necrotiche, bisognerà soltanto regolarizzare i monconi di amputazione.

Nei casi di gangrena umida con sfacelo dei tessuti e con fenomeni settici locali o generali non bisognerà temporeggiare: l'intervento sarà sollecito e generoso: i tessuti saranno al massimo grado risparmiati nelle manovre dell'atto operatorio: si lasceranno tra le maglie della sutura piccoli drenaggi che non producano decubiti sui tessuti incisi: si applicheranno degli impacchi allo spirito canforato.

Ma qualunque intervento potrà essere insufficiente ad arrestare il processo di necrosi che avanza, e tanto più a combattere i fenomeni di sepsi generale grave.

***

Il freddo nella guerra di montagna è fra i nemici più formidabili. Quando esso ha già colpito le carni del soldato che vigila le alte vallate e i valichi ghiacciati, le sue ferite sono gravi e si curano male, aumentano fortemente la percentuale dei mutilati e possono essere fatali. È un nemico non manifesto, che colpisce con l'insidia e con l'insidia continua ad aggravare le ferite, perchè l'insensibilità degli arti congelati potrà far sì, nell'immobilità prolungata della trincea, che il soccorso venga chiesto e giunga quando nessun rimedio è pari al male. Nessun dolore annunzia la gravità del pericolo. Il soldato che immobile vigila la trincea, non può reagire contro l'insidia mortale del freddo, non sente che il nuovo nemico è più implacabile del nemico in carne ed ossa. La bufera, la tormenta che in una ridda infernale tutto travolge e seppellisce forse è meno assillante, meno feroce del freddo livido nell'immobilità della trincea umida, nel terrore della rigida notte nebbiosa. Un po' di moto, una fiammata di fuoco potrebbero prevenire il male. Ma il soldato non può staccarsi dalla sua rupe di ghiaccio, non uscire dal gelo umido della trincea scavata nella neve: nell'alta notte non può accendere un fiammifero solo.

In questa lotta spaventosa il soldato deve essere aiutato, contro il nemico in agguato deve essere efficacemente protetto prima che il nemico lo assalga. La profilassi deve valere molto più della cura contro gli effetti del freddo.

I deboli costituzionali, gli anemici, i linfatici non sono adatti ai rigori della montagna in una guerra invernale. I liquori devono essere assolutamente proscritti. Si dia piuttosto il caffè, il the, la kola, il vino genuino in dosi non eccessive. Fra gli alpinisti è in voga l'uso della kola sotto forma di elixir, tavolette, pastiglie, cioccolattine: essa è un buon tonico del cuore, ne aumenta la forza e regolarizza le contrazioni; non è priva di proprietà nutritive; è un buon eupeptico; è un antidiarroico eccellente; e però è molto utile in montagna.

Il regime dietetico dev'essere igienico e corroborante.

Fra le misure preventive molto utile è la pulizia e la cura dell'integrità della pelle dei piedi: fin che è possibile, i soldati lavino i piedi anche tutti i giorni e cambino le calze almeno ogni due giorni; li ungano con olio o sego all'acido salicilico; non usino calzature strette nè legacci che possano ostacolare la circolazione.

Se fosse possibile, si dovrebbe evitare di tenere a lungo i piedi immobili nell'acqua diaccia e nella neve. Si raccomandi di pestare ogni tanto fortemente e a lungo i piedi nudi anche nella neve per attivare meglio la circolazione. Si badi che i ricoveri, le trincee siano tenute asciutte e bene riparate dal freddo, sopra tutto dal freddo umido; se è possibile, si usi qualunque sorta di stufa nelle trincee che abbiano carattere di una certa stabilità.

Ma ciò che più bisogna curare è il vestiario del soldato. Il freddo si combatte principalmente con i vestiti, cercando di conservare al più possibile il calore del nostro corpo, checchè ne dica il Ruata, inspirandosi ai novatori americani. A questo scopo i vestiti devono essere tutti di lana, di tessuto non troppo compatto, disposto a più strati tutti di lana, confezionati con taglio ampio e comodo, e stretti al collo, alla vita, ai polsi. I vestiti di lana si cambino spesso e si indossino bene asciutti. Maglia ai ciclisti, camicia di flanella, fascia addominale, mutande a maglia, possibilmente due paia di calze di lana fatte a mano od un paio di lana ed al di sopra un altro di cotone, gambali a maglia o mollettiere, corpetto o panciotto, tenuta pesante, pastrani e mantelline, cappuccio passa-montagna, sciarpe, guanti e meglio i cosidetti guantoni a dita unite ed il solo pollice libero, copripiedi e coperte da letto: tutto, fuorchè le scarpe, deve essere di lana pesante. Un buon paio di scarpe alpine, alte e ben larghe, completerà l'abbigliamento. Sono molto utili i sacchi imermeabili foderati di pelli di montone, coniglio, orsetto, ecc.

Vestito a questo modo il soldato potrà resistere anche a lungo in trincea, nello stato di immobilità, senza alcuna preoccupazione per la propria sicurezza.

La stagione fredda troverà forse tutto il nostro esercito fra le giogaie e le brume delle Alpi: ed occorrerà pei nostri soldati un'enorme quantità di indumenti di lana. La fornitura in maglieria costituisce un problema di importanza vitale per la nostra guerra, e si impone in tutta la sua vastità al governo ed alla nazione tutta. I soldati che danno la vita per la patria devono essere difesi contro i morsi fatali del gelo. Tutti gli italiani che non combattono si occupino e si preoccupino di questa parte importantissima dell'organizzazione civile della nostra guerra. Le madri, le spose, le fanciulle italiane saranno tante volte più virtuose e tante volte di più avranno meritato l'affetto dei loro soldati, per quante ore avranno dedicato alla preparazione di tali indumenti.

La Presidenza dell'Associazione nazionale dei medici condotti ha rivolto il 7 corr. un appello ai soci incitandoli ad ottenere con propaganda assidua fra tutte le famiglie un contributo qualsiasi al rifornimento di indumenti di lana per i soldati. Tutta la stampa quotidiana agita ormai questo problema. Noi estendiamo a tutti i nostri lettori l'appello lanciato ai medici condotti, sicuri che l'opera nostra è molto efficace, se fatta con volontà tenace ed instancabile.

P. SABELLA.

## Lo stato sanitario delle truppe in alta montagna.

...... 4 agosto 1915.

*Carissimo,*

Le impressioni, che rapidamente voglio oggi comunicare ai nostri amici del giornale, se non hanno il pregio della freschezza, hanno il raro merito di essere consolidate durante una lunga osservazione di un mese e mezzo, trascorso in un ambiente eccezionale per i nostri soldati, su un terreno di cui le vallate sono a 1500 metri e le alture raggiungono i 3500 metri; ambiente eccezionale, perchè non si tratta della solita vita dell'alpinista sportivo, ma di una vita di una popolazione nuova al clima e al genere di fatica, lanciata d'un tratto dalle nostre regioni più ricche di sole, allo squallore di maestosi giganti rocciosi baciati timidamente da uno scialbo e pallido sole.

Chi ha un concetto, quale l'esperienza e i libri formano d'ordinario, della umana resistenza e adattabilità, avrebbe sicuramente pensato che, prescindendo dalle difficoltà d'indole militare, le nostre popolazioni si sarebbero trovate davanti alla difficoltà grave della vita in montagna: naturalmente la guerra escludeva la possibilità del comodo ricovero alpino, dell'ascensione poetica durante la giornata lucida e allegrata da un piacevole tepore primaverile! essa portava con sè tutte le necessità del campo, dell'attendamento sulla vallata umida o sul cocuzzolo d'un'aspra roccia conquistata, alla vita all'aperto durante il giorno e spesso anche durante la notte, esposti alla pioggia e al vento gelido, ricoperti della mantellina grondante, privi non raramente anche del telo della tenda! Io ho temuto per un momento, con l'animo angosciato, che il nostro entusiasmo si sarebbe infranto, cozzando invano contro la natura; e che

tra i rudi disagi della guerra, l'immagine del bel sole meridionale, troppo spesso facesse sorgere il ricordo nostalgico nella buia e fredda dimora della trincea.

Poi ho visto i nostri soldati all'opera: li ho veduti nelle ascensioni ardue e pericolose, nella vita di trincea, dopo giornate intiere di fatica, dopo un pasto più che frugale, *mantenere le posizioni conquistate*. Questo compito, che spesso si legge nel taciturno comunicato del comando supremo, quali sacrifizi costa! Sono nottate intiere insonni, senza la possibilità di impiantare la tenda, spesso dedicate ad opere di rafforzamento, con l'animo sospeso per il pericolo di contrattacchi, notti in cui il fango giunge fino ai capelli e la pioggia freddissima bagna e intirizzisce le membra! Quanto tempo dura questa vita? Anche una notte sembra un'eternità; ma non di rado per necessità militari questo orribile modo di vivere si prolunga anche per un mese! Nè è possibile, con opportuni cambi, dare un meritato riposo al gruppo di valorosi: la conoscenza acquistata di ogni punto pericoloso, le necessità militari, l'obbligo di non scomporre le unità organiche, l'impossibilità di manovra in luoghi ristretti (ma non per questo meno importanti militarmente) con grandi unità, le quali possono concedere momenti di tregua, mettono talora un gruppo di uomini nelle condizioni di restare esposti per lungo tempo alle offese del clima e alle molestie del nemico: conosco un battaglione di alpini che un mese fa ha conquistato per la sapienza dei capi e per l'eccezionale valore dei soldati, una posizione importante a 2600 metri circa d'altezza: ricordo ancora l'emozione provata nel seguire da lontano col binocolo, i primi pionieri della difficile impresa avanzarsi sulla cresta del colle; sembrava un'impresa leggendaria e il suo compimento ci fece sospirare di sollievo; ma lo sforzo immane non era che il principio d'una vita d'indicibili sacrifizi! Più tenaci dei nostri avversari, i nostri meravigliosi alpini hanno mantenuta la loro posizione sotto una gragnuola di mitraglia nemica, giorno e notte vegliando alla difesa di quella trincea che era divenuta il domicilio improvvisato del pugno di eroi: i rifornimenti difficili obbligavano ad un nutrimento fatto di viveri di riserva; non la soddisfazione d'un ristoro caldo; la notte sotto la pioggia, per due volte sotto la neve, difesi solo dalla mantellina, durante la giornata celati sotto l'umida trincea per non servire da bersaglio alla vigilanza nemica.

E il servizio sanitario? Non v'è posto per il medico in certi luoghi dove la vita si offre come santo olocausto alla patria: quel manipolo di valorosi non doveva essere malato e al medico non rimaneva che ammirare.

E i feriti? Pochi lamenti quando di notte, per mezzo delle corde, essi discendevano per l'aspra roccia che avevano asceso vittoriosi!

L'esempio illumina il sacrifizio quotidiano che qui si compie; ma io mi domando: quanto durerà la forza di resistenza materiale, avvivata sia pure da entusiasmo inestinguibile? Dobbiamo continuare a vivere da eterni garibaldini, anche se le mutate condizioni di tattica guerresca fanno sorgere l'imperioso bisogno di essere più sereni nella misura del sacrifizio, e di usare con parsimonia dei tesori di entusiasmo che sono la grande dote della razza?

La grande dote della razza deve essere tenuta gelosamente custodita, deve essere *usata* e non *consumata* con prodigalità!

PONTANO.

## I proiettili scoppianti.

. . . . . 4 agosto 1915.

Preg.mo Professore,

non senza un vivo risentimento dell'animo si assiste alle novità nefande, di cui si serve il nemico in questa guerra. La perfezione delle armi, le bombe e le frecce degli aeromobili, i gas asfissianti non bastavano, anche un altro crudele mezzo doveva essere da lui usato: le *pallottole scoppianti*.

Unanime e concorde fu il grido di protesta contro le pallottole deformate dum-dum, quando da tutti i lati furono studiati i gravi danni, che venivano provocati da simili proiettili nelle diverse parti dell'organismo umano colpito, e con indignazione profonda ne fu bandito e vietato l'uso nelle guerre. Furono apportate modifiche alla grossezza ed alla forma dei proiettili e nella speranza di avere raggiunto lo scopo di provocare minima percentuale di ferite mortali, venne battezzato col nome di « umanitario » il proiettile delle armi moderne.

Per avere una idea della struttura di queste micidialissime pallottole, bisogna rimpicciolire col pensiero quanto si sa sulla struttura e sullo scoppio delle granate d'artiglieria. Raccapricciante n'è l'effetto. I proiettili scoppianti, simili in tutto ai proiettili da fucile, hanno la stessa gittata e sono animati dalla stessa forza di penetrazione di quelli comuni, ma con la differenza che, appena dopo l'urto, scoppiano in minutissime particelle, ognuna delle quali acquista azione dilaniatrice sui tessuti. I pezzetti più grossi, che di solito vengono trovati, sono la

quarta parte della camicia di acciaio del proiettile. Le ferite, che provocano tali inumanissime pallottole, sono larghe e profonde, con asportazione di tratti abbastanza vasti di tessuti. Negli arti sbrandellano, dilaniano, mozzano i muscoli, lasciando dei cavi impressionanti. E nel resto del corpo è facile immaginare quello, che possono apportare. Ora, se si considera che in prima linea per lo più il nemico è armato con proiettili di simile natura, si vede chiaro con quanto sentimento umanitario abbia seguito le norme della Convenzione di Ginevra. Si levi, perciò, poderoso un grido concorde di protesta e d'indignazione contro questo malvagio metodo usato da un nemico che, quantunque di nazione europea, per le sue innovazioni brutali, resta ancora parecchi gradini al di sotto della scala dei popoli barbari e selvaggi.

Con stima R. S.

---

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Riunione dei chirurgi militari tedeschi a Bruxelles.

(REFER. *Münch. mediz. Wochenschr.*, aprile 1915).

I. — *Cenni sugli interventi chirurgici nelle formazioni sanitarie del fronte e negli ospedali da campo; emostasi; mezzi per sopperire alla perdita di sangue.*

Prof. GARRÉ (generale medico). — Sul fronte nei casi di emorragia di origine venosa si ottiene di solito l'emostasi con il tamponamento, in quella di origine arteriosa con la fascia d'Esmarch. Sarebbe forse preferibile di afferrare con una pinza emostatica l'arteria sanguinante e di comprendere la pinza stessa nella fasciatura. Nell'ospedale da campo si sostituirà ai sopradetti mezzi di emostasi la legatura del o dei vasi. Nei casi di grave emorragia molti raccomandano la fleboclisi con soluzione di NaCl 7.5 %, contenuta in ampolle speciali. Non c'è molto da aspettarsi dall'uso della soluzione salina fisiologica, giacchè la pressione sanguigna cade di nuovo rapidamente; d'altra parte la resistenza del cuore nei soldati feriti, assoggettati prima a grandi strapazzi, è così diminuita, che la morte sopravviene talora improvvisamente; è meglio quindi ricorrere all'autotrasfusione, e propinare degli eccitanti.

Per ciò che riguarda le *ferite del cranio*, si baderà anzitutto a quelle tangenziali da arma da fuoco. Come principio, le operazioni debbono farsi nell'ospedale da campo; quando però le sezioni di sanità sono ben situate e ben arredate (come negli assedi) si potrà trapanare, prima di procedere al trasporto del ferito, poichè altrimenti il trasporto è dannoso e l'attesa pericolosa.

Gli *ematomi intracranici* debbono operarsi d'urgenza: basta di solito una piccola apertura; l'allacciatura della meningea media non è strettamente necessaria.

Nelle ferite del collo si ricorre alla *tracheotomia* molto più raramente di ciò che si sarebbe potuto credere.

Nell'enfisema mediastinico si debbono praticare incisioni multiple, quando non si possa occludere la ferita, per cui si fa strada l'aria.

Nelle formazioni frontali non si deve intervenire per *ferite del torace*, a meno che non vi sia prolasso del polmone o pneumotorace aperto, per il quale è di grande importanza l'occlusione precoce della ferita cutanea. Nei casi di grave emorragia polmonare è impossibile praticare sul campo la toracotomia: si manterrà il ferito in riposo assoluto, si darà morfina; si farà la puntura, se i sintomi di compressione divengono minacciosi.

Per quanto riguarda le *ferite penetranti nell'addome* è necessario un intervento d'urgenza (anche nelle sezioni) non solo per le gravi emorragie interne, ma anche per le lesioni dello stomaco e dell'intestino, poichè tanto più precoce l'intervento, tanto migliore la prognosi: ed invero già dalla 4ª alla 8ª ora la mortalità aumenta dal 15 al 45 %.

Nelle lesioni dell'*uretra e del perineo* è da raccomandarsi in certi casi non l'uretrotomia esterna, ma la puntura della vescica traverso cui viene infilata una cannula, da lasciarsi in sito. Nell'infiltrazione urinosa sono indicate delle ampie incisioni.

Una cura speciale richiedono le *ferite da granata*, giacchè esse espongono alle infezioni più gravi (flemmoni, flemmoni gassosi, setticoemie, tetano); ed invero i 5/6 delle complicazioni più temibili, osservate nei feriti dello Champagne, appartengono a questa categoria di lesioni. Queste ferite debbono quindi essere quanto prima e con la maggior cura possibile liberate da tutti i corpi estranei, regolarizzate, i tessuti gravemente contusi asportati, gli ematomi incisi, il tutto irrigato, asciugato, drenato. Naturalmente questa accurata toilette sarà possibile solo in un ospedale da campo.

È necessario inoltre non procedere ad amputazioni precoci, anche in arti compromessi nella loro vitalità.

Riassumendo è da raccomandare: limitarsi sul fronte ad operazioni di urgenza, nei casi in cui l'intervento è assolutamente indicato; negli ospedali da campo trattamento detersivo delle ferite da granata, trapanazioni e laparatomie solo per mano di chirurgi capaci.

DISCUSSIONE.

FRIEDRICH al pari di Garré crede che nelle formazioni frontali si debbano pinzettare i vasi, che negli ospedali da campo potranno essere allacciati; insiste sulla grande frequenza delle infezioni (anche di flemmoni gassosi) non solo nelle ferite da granata, ma anche in quelle da shrapnell e da fucile. REHN ha fatto un'inchiesta presso un'armata sulla frequenza delle gravi emorragie, specie di origine arteriosa; esse non sarebbero molto numerose; su 421 emorragie arteriose solo 201 furono trattate con l'allacciatura (122 sul fronte, 188 nell'ospedale da campo). In 590 casi fu applicata la fascia d'Esmarch o altro mezzo costrittore, ma in 260 casi tale applicazione non era necessaria; i soldati poi, anche per piccole lesioni, si fasciano spesso gli arti con mezzi costrittivi (cinghie, fazzoletti, tubi di gomma, ecc.), talora in luogo e in modo inadatto, tanto da provocare gravi emorragie venose, lasciandoli in sito anche per una intera giornata, così che si manifestavano anche fenomeni di gangrena, e l'infezione era di molto facilitata.

SCHULTZE, contrariamente a Friedrich, crede che le infezioni, e specialmente i flemmoni gassosi, non sieno molto frequenti.

MULLER preferisce la sectio mediana alla puntura della vescica.

II. — *Infezione delle ferite, in particolare l'infezione tetanica e il flemmone gassoso.*

Prof. KUMMEL (generale medico). — Il tetano è in questa guerra molto frequente: 6-6.5 % in confronto a 1.5 % nella guerra di Crimea, a 2.5 % nella guerra americana, a 3.5 % nella guerra del 1870.

Su 350 casi curati in ospedali da campo si ebbe il 70 % di mortalità (come nella statistica di Madelung), mentre su 125 casi curati ad Amburgo la mortalità fu solo del 25 %; il che si spiega facilmente, dal momento che i casi più gravi, col più breve periodo d'incubazione vengono curati nelle formazioni vicine al fronte. I casi verificatisi durante la marcia dell'esercito tedesco traverso il Belgio avevano un breve periodo d'incubazione; nel settembre i casi di tetano erano frequenti e gravi, tanto che dapprima tutti i tetanici morivano, poi la mortalità diminuì fino al 75 %; in ottobre, novembre e dicembre si ebbe una rapida diminuzione dei casi d'infezione tetanica, che tornò poi a rifiorire (ma in una zona circoscritta) dopo la battaglia di Soissons.

Fra i sintomi iniziali sono da annoverare come importanti i disturbi della deglutizione, che possono essere scambiati per un'angina. Di grande importanza è la *profilassi* con iniezioni di siero antitetanico, che dovrebbero possibilmente farsi in tutti i feriti, ma specialmente in quelli colpiti da scheggie di granata; l'iniezione può essere fatta anche nelle trincee, quando l'ospedale da campo sia lontano; l'iniezione di 20 U. I. sembra sufficiente in via profilattica. Il siero è utile anche quando l'infezione è conclamata, specie nei casi meno gravi, ma sono necessarie dosi più elevate (con iniezione di 200-400 unità si aveva il 61 % di guarigioni). Anche LEXER ha avuto buoni risultati nell'ospedale di Amburgo, adoperando forti dosi; in un altro ospedale si ebbe giovamento dalle iniezioni combinate di siero e di salvarsan. KUMMEL inietta giornalmente, fino a scomparsa delle contrazioni tetaniche, 100 unità per via lombare e endovenosa. Non bisogna trascurare la cura sintomatica (morfina a dosi generose, cloralio, scopolamina, bagni prolungati); molto da raccomandarsi è l'uso del solfato di magnesio.

I flemmoni gassosi sono abbastanza frequenti. KUMMEL ha osservato in molti casi un decorso relativamente favorevole, specie quando le condizioni generali erano buone. Non è assolutamente necessario amputare su tessuto sano; se non v'ha gangrena sono di solito sufficenti alcune incisioni profonde, e la disinfezione con tintura di I, ed ossigeno. La prognosi non è molto sfavorevole; su 150 casi si ebbe il 33 % di mortalità; ma è da notare che molti feriti arrivarono all'ospedale in condizioni generali deplorevoli.

DISCUSSIONE.

FRANZ su 2000 casi iniettati con siero *tedesco* (« tedesco » è stato sottolineato da F.) non ha osservato alcun caso di tetano; è necessario far l'iniezione nelle formazioni sanitarie frontali. Su 2000 feriti ha osservato il 2 % di flemmoni gassosi, ma solo 58 casi furono studiati dal punto di vista clinico, batteriologico e anatomico; mortalità del 53 %; fu trovato il bacillo di Fraenkel (tipo grande e piccolo) nella ferita, non nel sangue circolante. RITTER non ha osservato tetano nei casi in cui era stata fatta l'iniezione profilattica. KAUSCH raccomanda nell'infezione tetanica l'iniezione sottocutanea di soluzione 3-6 % di solfato di Mg. LEXER ha vi-

sto insorgere il tetano in individui con piaghe da decubito; crede che i buoni successi ottenuti all'ospedale di Amburgo dipendano dall'uso di iniezioni lombari (60-100 unità al giorno); ha avuto fino all'87 % di guarigioni. KÖRTE su 28 casi di tetano, in cui non erano state fatte iniezioni nè profilattiche nè curative, osservò 21 guarigioni. STEMPEL ha visto guarire casi gravi di tetano, con iniezioni di siero nello sciatico messo a nudo, mentre l'iniezione lombare si era mostrata inefficace.

III. — *Ferite del cranio.*

TILMANN (generale medico). — Le vedute teoriche sull'azione dei colpi d'arma da fuoco sul cranio sono state confermate dall'esperienza della guerra attuale. I proiettili sparati da vicino producono effetti esplosivi così gravi da causare la morte in breve tempo. Agli ospedali arrivano solo i colpiti da proiettili sparati da distanze notevoli: il forame d'ingresso è piccolo e rotondo, quello di egresso più grande, con schegge ossee sparse sotto la cute. Nei colpi tangenziali, trattati dapprima in modo del tutto conservativo, la radiografia lascia vedere talora scheggie penetrate nel cervello; e non raramente sopravviene un'encefalite.

È bene quindi in tali casi operare, allargando il canale percorso dal proiettile, ed estrarre le scheggie, andando alla ricerca di queste col dito, piuttosto che con la sonda.

In alcuni casi (spesso ferite da shrapnell) si osservano fatti di paralisi, che vengono riferiti a compressione esercitata da un ematoma, mentre questo poi si vede non esistere, e la paralisi dipendere invece da spappolamento delle parti superficiali della corteccia; lo stesso si verifica per il midollo spinale. Non tutte le ferite del cranio necessitano un'operazione, e in ogni caso questa deve eseguirsi negli ospedali adatti, limitandosi sul fronte alla sola disinfezione dei forami d'ingresso e d'egresso.

Molto interessanti e capaci di cambiare da un giorno all'altro, sono i sintomi di *deficit* osservabili: così si veggono scomparire in 3ª giornata alcune paralisi, sia flaccide che spastiche; in un caso di ferita trasfossa l'emianopsia si dileguò dopo alcuni giorni; e, sempre in ferite trasfosse, si sono osservati notevolissimi miglioramenti anche dopo 14 giorni. L'infezione delle meningi si avvera nei primi giorni, e la si può diagnosticare precocemente, con la puntura lombare; questa deve essere ripetuta nelle infezioni purulente, ogni volta che la cefalea tende ad aumentare. La puntura lombare è molto utile nei casi di meningite sierosa ed emorragica; le forme purulente sono quasi sempre letali. La meningite non è così frequente come si potrebbe credere; è sempre accompagnata da encefalite, mentre questa può decorrere senza meningite. L'encefalite è abbastanza frequente, sia nella forma reattiva, che purulenta; altre volte si ha un focolaio di rammollimento; la forma purulenta sopravviene dopo un intervallo più lungo che per la meningite, e va unita a stato stuporoso, rallentamento del polso, aumento dei fatti paralitici, febbre. La diagnosi di ascesso cerebrale è difficile; in casi simili il cervello talora fa ernia traverso la ferita; l'ernia spesso si riduce dopo vuotamento dell'ascesso. L'encefalite reattiva guarisce di solito con formazioni di cisti e di estese cicatrici; onde la prognosi, *quo ad functionem*, deve essere riservata.

ENDERLEN (generale medico). — Ha osservato, in ospedali da campo, 311 feriti da arma da fuoco al cranio; di questi 149 (44.7 %) morirono, non pochi nei primi giorni, per la gravità delle lesioni riportate. Il secondo fattore di mortalità è l'infezione: encefalite e meningite, mentre il rammollimento cerebrale post-traumatico è raro. In linea generale, e come principio, è necessario esaminare con cura tutte le ferite del cranio. L'estrazione immediata del proiettile si fa solo quando esso si trovi superficialmente, e dopo una sicura localizzazione. Allorchè si procede ad una estrazione secondaria, si pensi alla possibilità di migrazione del proiettile (ricorrere quindi sempre all'esame radioscopico). La prognosi deve essere riservata.

DISCUSSIONE.

RIESE si pronuncia favorevole all'intervento nelle ferite del cranio, perchè in molti casi ha trovato scheggie penetranti nel ecrvello, sia nel forame d'ingresso che in quello di egresso; in seguito all'intervento i fatti paralitici regredirebbero assai più rapidamente. BEST, come oftalmologo, ha esaminato il fondo dell'occhio nei casi di ferite del cranio; nei 2/3 dei casi ha riscontrato sintomi oculari, più spesso papillite; in 1/6 dei casi emianopsia; in 1/7 cecità psichica. La papillite era più frequente quando l'osso era leso, e più frequente ancora, se la dura era aperta; essa interveniva il 3° o il 4° giorno al più presto, era di solito più intensa dal lato della lesione cranica. BIER dice che, per i proiettili penetrati profondamente nel cervello, basta porre il paziente sul lato del forame d'ingresso e battere sulla testa, perchè il proiettile fuoriesca, o quasi, da sè (!). Le conseguenze lontane delle ferite da arma da fuoco del cranio sono spesso gravi (e-

pilessia). KLEIST sulla base di 70 osservazioni afferma che la prognosi *quo ad vitam* delle ferite del cranio dipende: 1° dalla specie della ferita (le ferite tangenziali hanno prognosi meno grave di quelle penetranti o trasfosse); 2° dalla grandezza della lesione durale; 3° dal tempo trascorso tra la produzione della ferita e la revisione della stessa o l'operazione. GOBEL raccomanda di operare precocemente ogni ferita del cranio. v. EISELSBERG: bisogna sempre operare le ferite tangenziali, solo eccezionalmente quelle trasfosse; *non bisogna* tamponare; il prolasso tende ad aumentare allorchè il paziente venga trasportato a lungo; la meningite è più estesa dal lato sano che da quello ferito; in numerosi casi ha adoperato la plastica alla Müller-König. BURKHARDT e LANDOIS, quanto alla cura, non fanno distinzioni tra ferite tangenziali e trasfosse: operano i casi con non troppo grande frammentazione ossea o emorragie, mentre nei casi più gravi, con forti lesioni craniche e cerebrali, non intervengono, per il pericolo dello shock; sintomi a focolaio progressivi, compressione cerebrale indicano l'operazione; operano anche nei casi di prolasso, sia contro il ristagno delle secrezioni, sia perchè, ingrandendo il forame, spesso il prolasso si arresta. DEUKER fa osservare che non raramente a lesioni delle ossa cranio-faciali conseguono suppurazioni dei seni, che necessitano l'intervento.

*(Continua)*. CHIASSERINI.

## Società medica chirurgica di Bologna.

Comunicazioni scientifiche.

Prof. V. PUTTI (direttore R. Clinica ortopedica). *Ulteriore contributo alla mobilizzazione chirurgica dell'anchilosi del ginocchio.* — Ai 9 casi già comunicati nel 1913, ne aggiunge ora altri 3, dei quali mostra i malati e relative fotografie.

Sono casi di anchilosi ossee da artrite gonococcica o flemmosa, datanti anche da 3 anni, Fatta la mobilitazione chirurgicca, interpose un lembo aponeurotico libero tolto dalla fascia lata.

Il risultato dopo 7-13-15 mesi dall'intervento fu in ogni caso l'estensione e la flessione attive complete, con ginocchio valido, indolente o lievemente dolente.

Prof. V. PUNTONI (aiuto e libero docente d'Igiene). *La etiologia e la profilassi del colpo di sole.* Delle ricerche comunicate dal prof. Puntoni ci occupiamo in altra parte del giornale (a pagina 1149).

Prof. G. FINIZIO (direttore Asilo maternità). *Valore del reperto di acido cloridrico libero nel contenuto gastrico del lattante.* — Con tre serie di esperienze si è proposto di esaminare la questione della possibilità della digestione pepsinica in assenza di acido cloridrico libero. Esposti i risultati e le cifre avute, conclude di ritenere che nel lattante dopo un pasto di latte, l'assenza di acido cloridrico libero nel contenuto gastrico prelevato nella prima ora di digestione non autorizza ad ammettere che la digestione proteica gastrica manchi.

Dott. M. FLORIS (assistente vol. alla R. Clinica pediatrica). *Lo sviluppo del senso musicale nei bambini mongolici e mongoloidi.* — La memoria è costituita da questi capitoli: cenni sul mongolismo; il senso musicale nei bambini mongolici e mongoloidi; ricerche ed osservazioni personali; conclusioni.

Dott. GUIDO M. PICCININI.


***Pubblicazione di palpitante attualità:***

Dott. G. MENDES

**Capitano Medico nel 2° Reggimento Granatieri Già Aiuto negli Ospedali di Roma**

**Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra**

**Elegantissimo volume tascabile di circa 300 pagine, con 20 figure intercalate nel testo e 1 tavola a colori (vedere Prefazione e Sommario del libro, sul foglietto rosso unito al Fasc. 8 di Sezione Pratica).**

**PREZZO L. 5.**

**Questò interessante libro che l'egregio nostro collaboratore ha cortesemente aderito di compilare pei lettori del POLICLINICO, e che nell'attuale momento acquista un'importanza tutta speciale, sarà da noi spedito immediatamente quale**

**PREMIO STRAORDINARIO**

**a tutti quei nostri associati che aggiungeranno sole**

**LIRE 2**

**all'importo del loro abbonamento per il 1915 e che lo invieranno subito mediante cartolina vaglia.**

**Gli abbonati che hanno già pagato l'abbonamento potranno avere il *Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra* allo stesso prezzo ridotto, inviando, subito cartolina vaglia da L. 2 al Professor ENRICO MORELLI, Via del Tritone, 46, ROMA.**

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Sui gas asfissianti in guerra.

Una questione di « palpitante attualità » per dirla in puro gergo giornalistico è quella riguardante l'uso dei gas asfissianti in guerra. E giunge opportuno il largo contributo d'osservazioni che a questo proposito ne forniscono sulla *Presse médicale* del 15 luglio 1915, alcuni colleghi francesi (R. Dujarric de la Rivière, G. Leclerq e F. Lévy) i quali hanno avuto occasione di esaminare e curare complessivamente più di 200 soldati francesi rimasti colpiti dall'attacco con gas asfissianti il 22 e 23 aprile 1915. Ci soffermiamo brevemente sulla relazione dei fatti che è bene sia resa nota anche agli italiani.

« Le truppe tedesche avevano posto dinanzi alle loro trincee di prima linea dei tubi distanti 2 a 4 metri l'uno dall'altro donde a un certo momento sfuggirono dei vapori gialli e poi verdastri, pesanti, che, spinti da vento favorevole, raggiunsero ben presto le linee francesi sfiorando il suolo. Contemporaneamente un nutrito fuoco d'artiglieria proiettava, in direzione delle riserve di seconda linea e sul tratto che queste dovevano percorrere per sostenere le prime linee, anche degli *obici asfissianti* donde pure emanavano gas verdastri che al pari degli altri avevano odore penetrante di cloro e d'acido nitroso.

I soldati delle prime linee dove penetravano i gas alogeni densi restavano rapidamente asfissiati se non avevano il tempo di lasciare il loro riparo: in quest'ultimo caso invece, costretti a precipitosa ritirata, arrivavano alle seconde linee ansanti, semiasfissiati: si trovavano nell'impossibilità materiale d'opporre la minima resistenza alle colonne nemiche delle quali alcune seguivano le nubi di vapore, altre invece munite d'apparecchi respiratorî penetravano in piena atmosfera gassosa e attaccavano i francesi con successo.

I soldati provavano dapprima un senso di pizzicore agli occhi, alle fosse nasali e nella gola, si mettevano a tossire incessantemente, avevano senso di costrizione toracica, impedimento respiratorio, soffocazione, oppressione, dolore alla gola e « bruciore intratoracico ». La tosse diveniva ben presto penosa, continua, ad accessi, con abbondante espettorato che in breve si tingeva più o meno di sangue mentre il paziente accusava annebbiamento visivo e stanchezza. Alcuni, incapaci di fuggire dinanzi all'onda gassosa, morivano vomitando sangue in abbondanza; altri, pur abbattuti, riescivano a trascinarsi sulle seconde linee e presentavano sangue nei vomiti, negli espettorati e nelle urine ».

Quelli tra i colpiti che poterono salvarsi dall'asfissia immediata, ricoverati nei posti di soccorso o negli ospedali presentavano per lo più aspetto depresso, stanco, occhi lacrimosi e talora con segni di congiuntivite, pomelli ed orecchie rosso-violacei, labbra violacee, lineamenti stirati, naso affilati; erano scossi da tosse dispnoica, accessionale, penosa; apparivano dispnoici e asfittici, con tachipnea (30-36 R.); comprimevano il petto tra le mani per la dolenzia dei muscoli toracici ed alcuni accusavano un vero dolore puntorio laterale. L'espettorato era abbondante, aerato, roseo o anche nettamente sanguigno: la parola riusciva penosa e a sbalzi, persisteva annebbiamento visivo, cefalea, prostrazione e astenia generale.

Mucose delle vie respiratorie superiori rosse, congeste, infiammate, lingua secca e in alcuni pazienti saburrale. Segni toracici di edema polmonare e d'una infiammazione bronco-polmonare, estesa fino ai capillari (rantoli sottocrepitanti e crepitanti e sibili, senza soffio nè modificazioni alla percussione). Polso celere, ipertensione, lieve ipertermia (37°-38°) e solo in pochi soggetti vera febbre (39°-39°.5).

In molti si associavano anche alterazioni del sistema digerente come inappetenza, senso di molestia o di bruciore esofageo e gastrico, dolorabilità epigastrica, vomiti alimentari e biliari or sanguigni or no, melena, raramente diarrea. Il fegato in alcuni infermi era grosso e dolente e vi si associava tinta subitterica o piuttosto anemica (clorotica). Più della metà dei malati accusavano dolori lombari e la maggior parte emettevano urine scarse, concentrate, scure o rossastre; i reni non erano dolenti alla palpazione.

L'evoluzione dell'affezione presentò le più svariate modalità secondo i soggetti e il grado di intossicazione. L'80 % dei pazienti guarì rapidamente dopo sollecita attenuazione dei fatti irritativi delle vie respiratorie, senza che l'espettorato divenisse purulento, col ritorno di urine normali in pochi giorni. Nel 10 % si ebbe una *bronchite diffusa* con espettorato purulento, temperature febbrili per 8-10 giorni. Pochi (circa 4 %) ebbero una *broncopneumonite* ed alcuni o una vera *pneumonite* o una *gangrena*

*polmonare* di lunga durata (alcuni anzi non sono ancor guariti).

L'esame degli *espettorati* dimostrò una forte congestione del tessuto polmonare con ricca flora batterica nella quale furono rilevati frequentemente alcuni anaerobi (bac. perfringens, bac. serpens, bac. ramosus).

Le *urine* contenevano spesso lievi quantità di albumina, talora persistente, e in molti casi emoglobina: solo di rado pigmenti biliari soli o associati all'emoglobina. L'esame chimico dimostrò una intossicazione da cloro e da bromo.

In conclusione si sono osservate 3 sindromi: una asfittica acutissima, brutale (non constatata dai medici, ma riferita nei racconti dei superstiti) con esito letale pressochè immediato; una asfittica acuta, della durata di alcuni giorni e con esito raramente infausto; una asfittica lenta, con prognosi generalmente benigna.

Per evitare gli effetti dei gas soffocanti i soldati tedeschi avevano una specie di museruola di caucciù in forma di vero «grugno» che proteggeva naso e bocca: alcuni portavano delle maschere luminose che coprivano la testa. In meno di 48 ore il Comando militare francese fornì ai soldati una semplice e pratica maschera protettrice formata da un sacchetto rettangolare fatto di varî strati di garza impregnata di una soluzione glicerinata d'iposolfito di sodio. Dai quattro angoli del rettangolo partivano quattro fettucce da legarsi due a due dietro le orecchie o sulla nuca. Al primo allarme i soldati bagnavano leggermente d'acqua la maschera e la fissavano sul naso e sulla bocca, potendo così affrontare impunemente la nuvola di gas asfissiante.

Ma crediamo inutile soffermarci su questa profilassi ormai notissima anche ai profani: il nostro esercito trovasi ormai abbastanza sicuramente difeso contro questo sleale metodo di lotta.

U. ROLANDI.

### Sul trattamento dell'intossicazione da gas irritanti.

Negli ultimi stadî dell'intossicazione da gas irritanti si osserva una broncorrea assai penosa, con affanno. Secondo L. Symes (*British medical Journal,* 3 luglio), la pronta e ripetuta somministrazione di stramonio la fa diminuire. Questo rimedio si è mostrato il più efficace di quelli sperimentati finora; mescolato con un po' di nitro, si accende prontamente ed arde senza fiamma, producendo dei fumi che debbono venire inspirati per il naso e non per la bocca. Nell'eventualità che una dose troppo alta dei principî attivi (atropina, josciomina, joscina) venga assorbita dagli alveoli polmonari, si hanno subito dei sintomi (sete, pupille midriatiche, polso accelerato), tali da mettere presto sull'avvertita per evitare conseguenze dannose.

Si può anche tentare la somministrazione di lobelia, tabacco e forse oppio, soli o con lo stramonio. Per ragioni ovvie, il far fumare dell'oppio non è certo consigliabile, ma in mancanza di altro medicamento, e con una buona ventilazione, si può anche ricorrervi, almeno come tentativo.

Sembra che il cloroformio ed il nitrito d'amile siano da escludersi ed il loro uso, se anche vengono adottati, deve essere accuratamente sorvegliato.

F.

### Sulla profilassi dell'insolazione.

Un diligente studio del dott. V. Puntoni (*Annali d'Igiene sperim.,* 1915, I-II), eseguito nell'Istituto d'Igiene di Bologna diretto dal professore G. Sanarelli, giunge alle seguenti conclusioni:

I tessuti che compongono la calotta cranica (dalla dura madre alla cute) sono diatermani così pei raggi giallo-rossi, come pei violetti-ultravioletti; assorbono invece i raggi infrarossi ed i verdi-bleu.

Sorgenti raggianti molto ricche di raggi violetti-ultravioletti (lampada di quarzo a vapori di mercurio) producono nel ratto bianco, animale sensibile all'insolazione, tutta la sindrome del colpo di sole.

Per contrario sorgenti molto ricche di raggi rosso-gialli (ferro incandescente) rimangono inattive.

Devesi per conseguenza ritenere che l'insolazione sia determinata dall'azione dei raggi violetti-ultravioletti sulla meninge e sulla sostanza cerebrale.

Tuttavia non si devono trascurare completamente i raggi rosso-gialli, che possono favorire l'azione fotochimica dei raggi violetti-ultravioletti, con il riscaldamento ch'essi producono.

Per la profilassi contro l'insolazione, è bene difendere le parti sensibili (testa, nuca, rachide) con tessuti verdi, i quali assorbono tanto i raggi violetti ultravioletti, quanto i rosso-gialli, mentre lasciano passare solo raggi verdi certamente innocui perchè vengono del tutto arrestati dai tessuti della calotta cranica.

Poichè in pratica è necessario combinare la profilassi dell'insolazione con quella del colpo di calore, non è consigliabile mantenere i tessuti verdi, facilmente riscaldabili, all'esterno;

ma è opportuno ricoprirli con stoffe bianche le quali notoriamente hanno il massimo potere di riflessione.

Contro l'insolazione bisogna difenderci anche proteggendo gli occhi con lenti colorate; il colore da scegliersi, è, per le stesse ragioni di cui sopra, il verde.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(528) *Cura di blenorragia cronica.* — Prego indicarmi nella rubrica « Posta degli abbonati » come va praticato il massaggio dell'uretra con le sonde del Beniquet nella blenorragia cronica: quanto tempo deve restare in sito la sonda e se durante tale cura deve essere sospesa la cura locale o se deve essere fatta con qualche preparato che non sia il solfofenato di zinco, o se la cura coadiuvante va praticata per via orale mercè preparati che si eliminano per le urine.

Desidererei inoltre sapere se l'applicazione delle sonde debba essere giornaliera o periodica.

Dott. A. M.

La cura a cui accenna l'abbonato trova la sua indicazione nel caso in cui il processo blenorragico cronico, diffusosi alle parti profonde del tessuto sotto-mucoso, abbia provocato una diminuzione della dilatabilità dell'uretra o una ipertrofia del capo gallinaceo o una prostatite cronica con consecutiva prostatorrea e nevrastenia.

Quando la lesione è situata nella parte anteriore, si adoperano sonde di calibro elevato, eventualmente previa incisione del meato esterno, e se ne aumentano lentamente i numeri. Lo stesso dicasi quando la malattia ha sede nella parte prostatica con ipertrofia del capo gallinaceo, senza che si possa rilevare una vera stenosi: anche allora l'uso delle sonde di calibro gradatamente elevato, dà buoni risultati.

Le sonde si lasciano in sito per qualche minuto: il sondaggio si farà a giorni alterni o anche con maggiore intervallo a seconda della tolleranza dei malati.

Va però rilevato che la mucosa di questi focolai presenta ancora sempre un processo d'infiammazione cronica e quindi la cura con la pressione verrà integrata con l'applicazione in loco di sostanze astringenti (soluzione di nitrato di argento, pomata jodo-jodurata da introdursi con la siringa del Tommasoli, secondo la formula del Finger: joduro di potassio gr. 5, jodio puro gr. 1; lanolina gr. 95; olio di ulive gr. 5; ecc.). Se esistono restringimenti uretrali veri e proprii, la cura sarà naturalmente chirurgica e verrà eseguita nei modi consueti.

La cura per bocca ha poca importanza per queste forme infiltrative croniche. La fibrolisina per iniezioni può concorrere a rammollire i focolai infiltrativi ed è stata adoperata con successo nei veri restringimenti uretrali come coadiuvante della dilatazione graduale.

V. MONTESANO.

(529) Le sarei grato se volesse consigliarmi un buon trattato delle malattie della bocca e dei denti.

Dott. Pierangelo Meineri.

È abbastanza completo il « Trattato delle malattie della bocca e dei denti » per Virginio Caccia, edito dalla Unione tipografico-editrice di Torino (due volumi, uno di 563, uno di 1082 pagine, con illustrazioni).

Per il medico generico, non odontoiatra, è consigliabile il volume del prof. A. Chiavaro: « Elementi di odontoiatria e di protesi mascellare e facciale », in commercio per lire 10, che *Il Policlinico* spedisce ai suoi abbonati per lire 6 franco di porto.

A. C.

Il lavoro di Hoffa: « Fasciature, apparecchi e medicazioni » di cui nella risposta n. 522 di questa rubrica (fasc. 31 pag. 1047) è stato edito dalla Società Editrice Libraria di Milano.

## VARIA.

**Note di psicologia militare.** — L'esercito, per essere costituito da grandi masse di individui sottoposti ai medesimi regolamenti, indirizzati al medesimo fine, indossanti il medesimo vestito, ecc., forma una vera associazione, nella quale entrano in gioco gli elementi costitutivi di una psiche sociale; ed infatti esso ha costumi, tradizioni, e anche un gergo suo proprio. Ma vi sono circostanze in cui masse più o meno grandi appartenenti all'esercito agiscono sotto l'impulso di passioni momentanee, lo studio delle quali esula dal campo della psicologia sociale e rientra in quello della psicologia collettiva. In moltissime condizioni poi si rivela, nei gregari e nei capi, l'importanza della psicologia individuale. Chi voglia dunque indagare nel campo importantissimo della psicologia militare, deve analizzare i fenomeni esaminandoli dal punto di vista della psicologia sociale, collettiva e individuale.

Le doti richieste a chi appartiene all'esercito variano notevolmente a seconda delle circostanze; ma esistono due qualità essenziali della psiche militare, senza le quali un esercito non può essere in grado di adempiere alle funzioni cui è destinato. Queste due qualità sono: il coraggio e la disciplina.

Il coraggio fa sì che il soldato compia gli atti necessari al conseguimento di un determinato fine, malgrado i pericoli ad essi inerenti; e presuppone quindi: la esistenza e la conoscenza dei mezzi di cui disponiamo; la valutazione del pericolo che si corre; la ferma volontà di raggiungere un dato fine. Concorrono dunque, all'atto di coraggio, elementi fisici, elementi intellettivi ed elementi morali. La diversa proporzione di questi elementi caratterizza l'audacia, il coraggio, la temerità, l'eroismo, e — in qualche caso — la prepotenza. L'educazione del coraggio è uno degli scopi più importanti che si propone l'esercito, fin dal tempo di pace. Tale educazione si basa sui seguenti procedimenti, che corrispondono alla analisi innanzi esposta dell'atto di coraggio: aumentare le forze fisiche dell'individuo; rendere questo esperto a servirsi di tali forze, e a valersi di tutti i mezzi idonei a superare le difficoltà; determinare in lui uno speciale modo di pensare e di sentire, che lo persuadano della necessità di raggiungere un determinato fine. Praticamente ciò si ottiene con la educazione fisica, l'influenza dell'ambiente, la educazione morale. La psicologia collettiva insegna che il coraggio e la paura sono fra i sentimenti più trasmissibili e più contagiosi; risulta da ciò la necessità di disporre, tra le file dei soldati, individui che, per il loro coraggio e il loro ascendente, valgano a garentire il coraggio collettivo (ufficiali e sottufficiali).

La disciplina può venir definita: l'abitudine di adempiere esattamente e coscienziosamente tutti i propri doveri, non per timore di pena o per speranza di ricompensa, ma per l'intima persuasione della loro necessità. È eccessivo il distinguere una disciplina sostanziale ed una formale; ma è certo che nella disciplina esiste anche una parte formale, la quale non è priva di importanza, e quindi non deve venire trascurata. Inesatta è l'asserzione che la vera disciplina si ottiene con una quasi completa soppressione della volontà individuale; la volontà non deve essere soppressa, ma indirizzata in un dato modo; e il soldato deve venire educato a volere vincere gli ostacoli che si frappongono alla esecuzione di un ordine. I mezzi di cui l'esercito dispone per rafforzare la disciplina sono gli stessi già indicati per il coraggio: istruzioni militari, influenza dell'ambiente, educazione morale. Parrebbe a prima vista che la educazione morale, ossia le parole dette dai superiori per spiegare che cosa è la disciplina e per convincere della necessità di questa, dovesse essere il mezzo più efficace; invece la pratica dimostra che l'utilità di questo mezzo è relativamente scarsa, giacchè il livello intellettuale dei soldati è tale che non tutti comprendono i concetti astratti della disciplina, e che molti non sono in grado di prestare attenzione prolungata alle spiegazioni che vengono loro impartite. L'influenza dell'ambiente, invece, per quanto meno evidente per l'osservatore superficiale, è invece il mezzo più adatto per infondere e rafforzare la disciplina.

V. FORLÌ.

(Da un articolo di Gualtiero Sarfatti, in *Psiche*, Anno IV, n. 2).

## *CENNI BIBLIOGRAFICI.*

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

A. ANILE. *Elementi di anatomia umana topografica.* Nuova edizione. Un volume in-8° gr. di pag. 471, con 90 figure e una tavola. Unione Tipografica Editrice Torinese, 1915. Prezzo lire 10.

È una esposizione lucida e corredata da figure dimostrative per modo che i rapporti anatomici risultano netti e ben definiti.

L'A. possiede il privilegio di cattivare l'attenzione, malgrado l'aridità del soggetto.

Non sempre il lavoro risponde a tutte le esigenze della pratica; ma è condotto in modo ammirevole e verrà studiato con soddisfazione ed utilità.

A questo lavoro, di pretta vena italiana, non potrà mancare un'accoglienza lusinghiera.

Esso può considerarsi come una nuova edizione, molto ampliata, di una «Guida» che aveva visto la luce alcuni anni or sono.

R. B.

*The Medical Annual.* 32ª annata (1915). Un volume in-8° gr. di pag. 816. Bristol, John Wright e Sons Lt. Rilegato; prezzo scellini 11.

Questo lavoro riproduce il piano solito degli altri anni: comprende cioè un dizionario di medicinali, uno di trattamenti, un elenco illustrato di presidî medici e chirurgici, ecc.; due articoli speciali concernono la chirurgia castrense e della guerra navale.

Vi collaborano 32 medici di valore. Rispecchia i progressi delle scienze mediche durante il 1914, invadendo anche in parte il 1913 ed il 1915.

Incontrerà la solita accoglienza benevola.

R. B.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## I medici e l'esercito.

L'entrata in guerra dell'Italia ha messo in evidenza la perfetta organizzazione del suo esercito, organizzazione che ha meravigliato il mondo e ci ha guadagnato il rispetto e l'ammirazione dei nemici, che dopo una lunga serie di ingiurie triviali ha dovuto riconoscere con che sorta d'avversario aveva da fare. Alla mirabile esattezza però con la quale hanno agito i molteplici congegni dell'immenso organismo militare non ha corrisposto del tutto adeguatamente il servizio sanitario.

Siamo ben lungi da quel che successe all'improvviso scoppio delle ostilità nella Francia colta alla sprovvista, nella Russia impreparata e perfino nella pronta e preparatissima Austria. In questi paesi, si può dire il servizio di assistenza nelle prime settimane della guerra non funzionò affatto: i feriti senza neppure un bendaggio erano caricati sui vagoni adibiti al trasporto degli animali ancora lordi degli escrementi di cavalli e di buoi. Come è noto nell'esercito francese ed austriaco nel primo mese di guerra la gangrena ed il tetano fecero strage. E non sappiamo quel che successe negli eserciti russi.

In Italia tutto ciò non si è verificato: il servizio sanitario ha funzionato fin dal primo giorno. E se qualche manchevolezza, qualche imperfezione è stata rilevata, si deve al fatto che il lungo periodo di preparazione, l'esperienza degli altri aveva fatto legittimamente sperare che a tutto era stato provveduto e ben provveduto sia per il materiale che per il personale. Una tale speranza era tanto più fondata inquantochè l'esperienza fatta nella guerra libica non aveva lasciato nulla a desiderare.

Lasciamo stare le querimonie e le proteste di alcuni colleghi per quel che riguarda l'assegnazione dei gradi: dobbiamo riconoscere che molto difficilmente si sarebbe potuto escogitare al riguardo un sistema che avesse contentati tutti e che non offrisse il fianco alla critica.

Quello scelto dalla Direzione della Sanità militare ha dato luogo certamente a degli inconvenienti, ma non è detto che facendo altrimenti, gli inconvenienti e le proteste sarebbero state minori.

Quel che conta invece ai fini del servizio si è che nell'assegnazione dei posti e delle funzioni non si è tenuto alcun conto della specifica capacità professionale e scientifica di ciascun medico. A furia di specializzazioni, l'antica figura del medico dalla capacità, dall'attività complessa e multiforme è andata scomparendo. Non c'è che il disprezzato medico condotto che deve saper tutto, che deve far tutto: medicina e chirurgia, igiene e medicina legale.

Sono i medici condotti, che più o meglio dei più colti e sperimentati frequentatori di Gabinetti e Cliniche specializzate, avrebbero corrisposto alle molteplici mansioni cui deve attendere il medico in guerra.

Abituato a dover fare rapidamente la diagnosi senza l'ausilio dei cosidetti mezzi di laboratorio, abituato ad indicare rapidamente le cure, costretto agli interventi di urgenza nelle lesioni chirurgiche, il medico condotto dei piccoli comuni è il sanitario che più si attaglia alla figura del medico militare in tempo di guerra. Ma purtroppo l'opera dei medici condotti è necessaria altrove e quelli disponibili non sono numericamente sufficienti ai bisogni dell'esercito.

Gli altri medici, i liberi esercenti ed i condotti dei grandi centri, anche quando non siano specializzati in una singola branca, si occupano per lo più esclusivamente di medicina o di chirurgia.

Di tutto ciò si sarebbe dovuto tener conto. L'assegnazione dei posti si sarebbe dovuta fare non caoticamente, ma in base alle singole capacità di ciascuno dei medici chiamati alle armi. Lavoro arduo e difficile certamente, ma possibile nel lungo periodo di tempo corso dallo scoppio della guerra europea all'intervento dell'Italia. Si sarebbe così evitato che ai reggimenti fossero addetti pediatri, ostetrici, ginecologi e perfino istologi, che alle sezioni di sanità ed ai piccoli ospedali da campo fossero assegnati fisiologi e psichiatri e che chirurgi fossero destinati ad emarginare le pratiche negli uffici delle Direzioni di Sanità.

C'è stato chi ha rilevato che sopratutto le destinazioni ai reggimenti non siano state fatte con un criterio giusto e logico. Lo stare ai reggimenti si sa, specie in quelli di fanteria, è pericoloso; più che altrove si corre il rischio di essere feriti. Ed infatti le prime vittime tra i colleghi le abbiamo avute tra i medici reggimentali. Ma non è certo un sentimento di codardia quello che ha spinto alcuni colleghi a protestare contro la ingiusta assegnazione. Chi scrive ha assistito nella zona di guerra a nobili gare tra colleghi che si esibivano per recarsi

sulla linea del fuoco e sa quali atti di vero e modesto eroismo sono stati compiti dai medici. La codardia non può allignare nell'animo di chi deve portar conforto e sollievo ai sofferenti, di chi deve mitigare le orribili brutture della guerra.

Ma la vita del reggimento oltre che pericolosa è piena di disagi, faticosissima. Solo chi è abituato ai disagi della vita militare, chi ha l'organismo temprato ad ogni sorta di fatiche, può resistervi. L'avere inviato ai reggimenti medici già appartenenti alla milizia territoriale e che non hanno mai appartenuto all'esercito attivo è stato certamente un errore. I medici dei reggimenti devono attendere oltre che alla cura delle più comuni e brevi malattie, al servizio disciplinare e fiscale, alle prime medicature dei feriti durante i combattimenti. Ora il servizio disciplinare e fiscale non può essere fatto efficacemente che dai medici militari di carriera, e le prime medicature, che sono e devono essere ridotte a ben poca cosa, possono essere fatte anche dai meno sperimentati fra i colleghi. In ogni reggimento dovrebbe perciò possibilmente esserci un capitano effettivo e dei giovani sottotenenti medici di complemento ed eventualmente anche degli studenti di 5° e 6° anno col grado recentemente adottato, come d'altra parte è stato già fatto in qualche armata. L'esperienza ha dimostrato che sulla linea del fuoco non si può e non si deve fare gran che: disinfezione, bendaggio della ferita, eventualmente arresto di emorragia mediante l'applicazione del laccio elastico. E per far ciò non c'è bisogno di medici e chirurgi con lunga carriera.

Abbiamo voluto accennare a queste deficienze del servizio sanitario del nostro esercito non per incoercibile spirito di critica, ma perchè abbiamo creduto di dover stimolare l'attività dei dirigenti a correggere le mende, ad eliminare gli inconvenienti. Nell'additare tali manchevolezze e nel suggerirne i rimedii riteniamo di non aver fatto opera nè sovversiva, nè antipatriottica, e tanto meno assumere un facile atteggiamento da Maramaldo verso chi non ha preveduto, nè provveduto a tempo.

Del resto le cose vanno gradatamente e sicuramente orientandosi verso un assetto logico e regolare per la perfetta funzione del servizio e perchè sia assicurata una migliore assistenza a chi alla patria, all'ideale, per il quale combatte, offre la sua vita, la sua salute, il suo benessere.

La istituzione dei Comitati regionali incaricati di coordinare all'azione dell'autorità sanitaria civile e militare quella dei Comitati locali d'organizzazione civile per quanto concerne l'impianto, le destinazioni ed il funzionamento di ospedali e di ricoveri per militari infermi, o feriti, o convalescenti, è un provvedimento che dimostra che si sono avvertite le deficienze e che si è disposti a far di tutto per eliminarle e che sopratutto si vuol togliere ogni ragione e motivo di dissidio fra le varie organizzazioni sanitarie.

L'appello che il nuovo direttore della Sanità militare ha rivolto ai chirurgi italiani, troverà certamente molti consenzienti. Di tutto si può dubitare ma non dello zelo, dello slancio, dello spirito di sacrificio dei medici d'Italia.

Il prof. Queirolo a conclusione di un suo articolo nel quale riferiva le impressioni da lui riportate nella visita alla zona di guerra, esprimeva il convincimento che i nostri colleghi corrispondono al loro alto compito sormontando gravi ed inevitabili difficoltà. Tutto sta a non pretender troppo da essi ed a far sì che le difficoltà evitabili siano eliminate e quelle inevitabili ridotte al minimo possibile.

E per ottenere ciò bisogna che l'organizzazione sia perfetta: altrimenti lo slancio, il sacrificio dei singoli rimarrà sterile sempre.

Si è detto e si è ripetuto che uno dei fattori essenziali per la vittoria di un esercito sta nel servizio sanitario. E ciò riaffermiamo non per spirito di casta e per magnificare la nostra missione. Questo è certo che la esperienza delle ultime guerre ha dimostrato che l'esito di una guerra oltre che dalla potenza delle armi adoperate e dal valore dei capi e dei combattenti dipende dal numero dei soldati che ogni nazione ha messo in campo ed ha saputo mantenere atti alla battaglia per tutta la durata della guerra.

Non sappiamo in che misura i successi militari dei tedeschi debbano attribuirsi alla perfetta mirabile organizzazione del servizio militare dell'esercito, ma sappiamo che gran parte dell'inazione dell'armata francese è dovuta alle enormi perdite per malattie e ferite. Perdite che si voglion far risalire alla disorganizzazione del Corpo sanitario militare. Clémenceau ha nell'*Homme Enchainé* con parole roventi richiamato l'attenzione del Governo della Repubblica su quanto sopra e ne ha fatto un capo d'accusa contro il ministro della guerra e dell'Alto Comando dell'esercito.

La nostra guerra si è iniziata con altri auspicî, ma non sarà male tener conto dell'esperienza altrui.

G. DRAGOTTI.

*Per gli ufficiali medici offesi o segnalatisi in guerra.* — Riceviamo dal presidente della Federazione degli Ordini dei medici la seguente lettera:

Bologna, 17 agosto 1915.

Chiarissimo signor direttore,

Rileggo nel « Policlinico » (Sezione pratica, 15 agosto) la lettera che mi è stata indirizzata il 2 agosto dal collega dottor G. Fatichi di Firenze e le proposte che egli ha fatte intorno al modo di onorare i medici caduti, o feriti, o malati e quelli che nella nostra guerra compiono atti di particolare valore, comprendendo in queste onoranze anche gli studenti di medicina.

Ora la prego di concedermi di dire nel « Policlinico » che io risposi l'8 agosto al collega Fatichi annunciandogli che già dall'inizio della guerra, io ho presi accordi con la Presidenza dell'Ufficio per notizie dei militari (che ha sede in Bologna), e che seguo, nonostante non lievi difficoltà, le sorti dei nostri amati e valorosi colleghi; che ho inviate condoglianze alle famiglie dei caduti; che ho chiesto e ottenuto particolari commoventi della loro opera pietosa; che ho scritto per mezzo della Croce Rossa di Roma ai medici prigionieri; che cerco ogni modo per avere notizie dei medici feriti o malati.

Sino ad ora i Bollettini degli Ordini hanno commemorato i medici caduti e hanno annunziato particolari atti di valore di nostri colleghi: ma questa Presidenza non fa ancora un primo elenco di comunicazioni perchè sa di non avere dati completi e non vuole commettere dimenticanze sieno pure involontarie. Per poter fare ciò con assoluta esattezza invocherò l'aiuto dei Consigli degli Ordini. E quanto al modo di onorare perpetuamente i medici e gli studenti che perdono la vita per la Patria terrò conto della proposta del dottor Fatichi, e di quanto altro mi suggeriranno il Consiglio Federale e i Consigli degli Ordini. La deliberazione concreta ed unanime dovrà spettare, io penso, al nostro futuro Congresso federale, ove tutti noi saremo concordi nella commovente commemorazione dei caduti e nella collegiale affettuosa riconoscenza a tutti i nostri colleghi che unanime riscuotono già da ogni parte in mezzo al nostro Esercito e alla nostra Marina il plauso per la loro opera sapiente, vigile, affettuosa, pronta e coraggiosa.

Mi abbia, signor direttore,

suo dev.mo
LUIGI SILVAGNI.

*L'obbligatorietà all'iscrizione negli Ordini.* — La Cassazione di Roma con sentenza 15 gennaio 1915, su conformi conclusioni del Pubblico Ministero, decideva:

« I medici esercenti sono tenuti ad iscriversi nell'Albo dell'Ordine dei medici della provincia.

« In caso di contravvenzione all'obbligo di iscrizione essi sono tenuti alla pena pecuniaria non inferiore di lire 100 stabilita per l'esercizio abusivo della professione: Art. 3, legge 10 luglio 1910 sull'Ordine dei medici; art. 9 regolamento relativo 12 agosto 1911; art. 53 testo unico legge sanitaria 1° agosto 1907 ».

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5449) *Sdoppiamento di Comune - Obblighi dei nuovi enti in rapporto ai diritti acquisiti dal medico condotto.* — Il Dott. A. F. da F. espone che il Comune ove attualmente presta servizio faceva parte di altro Comune fino a poco tempo addietro. È rimasto presso il nuovo ente in vigore il capitolato originario, in cui era previsto l'aumento sessennale, scadibile al 31 dicembre 1911. La scissione del nuovo Comune è avvenuta nel 1910. Espone ancora che col 1° gennaio 1912 il Comune accordò un lieve aumento di stipendio di sole lire 200. Chiede conoscere se ha diritto a farsi pagare il sessennio, se deve pagare la ricchezza mobile e se esista qualche disposizione che abroghi l'obbligo che egli ha per capitolato di curare i RR. CC.

Dal momento che è rimasto in vigore il medesimo capitolato, Ella ha diritto di chiedere tutti i beneficî dal medesimo contemplati, fra cui anche la concessione del sessennio. Ha diritto poi ad ottenere il pagamento del sessennio nonostante il leggiero aumento di stipendio conseguito, perchè il detto aumento fu concesso a decorrere dal 1° gennaio 1912 mentre il sessennio fu conseguito col 31 dicembre 1911. Ha diritto a mantenere illesa la facoltà di non pagare la ricchezza mobile, tranne il leggiero aumento conseguito nello stipendio non sia stato concesso appunto come riparazione del danno derivante dalla revocazione della relativa concessione da parte del Comune. Non esiste alcuna disposizione che abrogra quella contenuta nel suo capitolato secondo cui ha l'obbligo di curare gratuitamente i militari dell'Arma dei RR. CC.

(5451) *Riduzione della condotta ai poveri - Nomina ad ufficiale sanitario.* — Il Dott. G. S. da C. desidera conoscere se la presenza di un libero esercente sul posto sia ragione sufficiente per far ridurre la condotta ai soli poveri, e quali pratiche occorra espletare per ottenere la nomina ad ufficiale sanitario in luogo del medico condotto che attualmente la esercita.

La sola presenza sul posto di un libero esercente non è motivo sufficiente per far ridurre la condotta ai soli poveri. Occorre esaminare mol-

teplici e svariate condizioni di fatto e sopratutto stabilire se la condotta piena non fu a suo tempo instituita per assicurare un buon servizio pei poveri, che sarebbe stato altrimenti impossibile. Per ottenere la nomina ad ufficiale sanitario in luogo del medico condotto, occorre attendere che si bandisca il concorso, che Ella potrà, se crede, premurare presso la Prefettura.

(5452) *Alloggio - Determinazione del valore.* — Il Dott. abbonato n. 4378 espone che egli ha diritto allo alloggio, che fu valutato nel capitolato, debitamente approvato, in lire 150 annue. Successivamente il Comune ha con deliberazioni, anche approvate dalla autorità competente, aumentato il numero delle stanze portandolo da 5 ad 8 camere senza mutare il valore preannunziato nel capitolato. Volendo ora l'Amministrazione privare il sanitario dello alloggio gratuito e corrispondergli la indennità relativa, intende compensarlo con annue lire 150 quante erano previste nel capitolato senza tener conto del successivo aumento degli ambienti. Desidera conoscere se ciò sia legale e nella negativa a chi ed in qual termine si possa ricorrere contro la decisione della G. P. A. che respinse analogo suo reclamo. Desidera, inoltre, conoscere se il Comune sia tenuto alla visita di autorità competente per giudicare l'idoneità di un locale da destinarsi a uso scolastico, se un locale ad uso di scuola possa essere sovrastante ad una tabaccheria e ad un pubblico caffè e se egli possa licenziarsi dallo alloggio sempre che lo creda.

Il nuovo più ampio locale non trovasi valutato. Trovasi bensì valutato l'antico, composto di 5 vani. E poichè la valutazione è contenuta nel capitolato, che non è stato mai modificato, si deve logicamente ritenere che le 8 stanze valgano quanto le prime 5 o che, quanto meno, l'aumento di ambienti abbia costituito una elargizione o benevolo trattamento della Amministrazione, ma non un ampliamento del diritto preesistente consacrato nel capitolato. A nostro giudizio la decisione della G. P. A. con cui si respinge il gravame da Lei interposto non merita censura. Ad ogni modo Ella, se crede, può impugnare tale decisione con ricorso al Governo del Re da proporsi nel termine di giorni 30 dalla notifica. Non occorre visita preventiva perchè un Comune destini un determinato ambiente ad uso scolastico. Però il Comune stesso deve, senza preavviso, far visitare all'ufficiale sanitario o da medici all'uopo delegati tutte le scuole almeno una volta al mese. In caso di urgenza anche il maestro potrà direttamente richiedere la visita dell'ufficiale sanitario. Non è proibita l'esistenza di una rivendita di generi di privativa o di un caffè al di sotto di un locale scolastico, purchè non ne turbi la tranquillità e la decenza giusta quanto dispone l'articolo 113 del regolamento 6 febbraio 1908, n. 150. Per giudicare se Ella possa sempre che il voglia lasciare la casa che abita, mantenendo il diritto di riscuotere l'equivalente in danaro, occorre tener presenti le relative disposizioni del capitolato.

(5454) *Servizio militare.* — Al Dott. S. M. da B. rispondiamo che se eventualmente fosse ritenuto abile al servizio militare dovrebbe presentarsi, non ostante sia stato da poco assunto in servizio come medico interinale di un consorzio.

(5455) *Pensione.* — Al Dott. G. M. da F. rispondiamo che alla fine di questo anno egli compie 22 anni e non 25 di servizio e perciò non può ottenere pensione di sorta. Non sono riscattabili gli anni di servizio prestati dal 1898 al 1904, epoca in cui ha aderito alla Cassa.

(5457) *Servizio militare.* — Il Dott. A. D. C. da L. della classe 1888, riformato per la nomina ad ufficiale medico di complemento desidera sapere se, fatto abile a seguito della revisione dei riformati, possa ottenere la esenzione dalla chiamata come unico medico condotto comunale o come medico unico interinale.

Ella non è soggetta a nuova visita perchè appartenente alla classe del 1888. Ad ogni modo diciamo che se fosse dichiarato abile potrebbe ottenere la esenzione dalla chiamata dimostrando essere unico medico condotto. La qualifica di unico medico interino non è sufficiente a produrre la esenzione dal servizio militare.

(5458) *Medici della Croce Rossa.* — Il Dottor S. S. da R. desidera conoscere se un medico condotto regolarmente iscritto da tempo nei ruoli del personale direttivo della Croce Rossa, chiamato nell'attuale momento in servizio può rifiutarsi di rispondere alla chiamata e se non può rifiutarsi o non vuol rifiutarsi il Comune da cui dipende deve conservargli il posto e lo stipendio.

Se Ella appartiene all'esercito in qualità di ufficiale o di truppa di milizia territoriale, in caso di mobilitazione, ha l'obbligo di presentarsi alla Associazione della Croce Rossa di cui fa parte e non al Distretto militare. La chiamata sarebbe, quindi, obbligatoria ed indeclinabile. Col Decreto Reale del 23 maggio 1915, numero 719, gli impiegati civili dello Stato ascritti alla Croce Rossa Italiana, se prestano servizio anche volontariamente nella Associazione stessa in caso di guerra, si considerano ad ogni effetto come in congedo. Tale disposizione non figura però nei regolamenti organici delle Amministrazioni comunali, le quali si possono re-

golare come è disposto per coloro che sono chiamati a prestar servizio nel Regio Esercito in caso di mobilitazione e corrispondere perciò due mesi di stipendio ed anche l'intero a seconda che abbiano o meno tenuto conto delle modifiche recentemente introdotte dal Governo pei proprî impiegati. Se l'iscrizione alla Croce Rossa fu volontaria, senza avere cioè altrimenti obbligo di servizio militare, potrebbe essere, a sua domanda, dispensato.

(5459) *Sostituzione di collega chiamato sotto le armi.* — Il Dott. abbonato n. 5076 espone che l'articolo 8 del proprio capitolato si esprime nei seguenti termini: Il sanitario avrà diritto ad un mese di licenza annuale da accordarsi in uno o più periodi. Le licenze non godute non potranno per nessun motivo essere aggiunte a quelle degli anni successivi. Durante il congedo ordinario o straordinario o in dipendenza della concessione di esso non saranno imposti al sanitario oneri od aggravii nè tanto meno diminuzioni di stipendio. In ogni caso di licenza il medico è sostituito dall'altro medico e questi sarà retribuito colla somma fissa di lire 100. Desidera conoscere se egli che sostituisce un collega chiamato sotto le armi sia obbligato, in forza di detto articolo, alla sostituzione mediante il compenso di sole lire 100.

Stando al succitato articolo di capitolato non ci sembra che Ella debba prestarsi alla sostituzione del collega in servizio militare per il compenso di sole lire 100 giacchè il detto collega non trovasi in congedo ordinario, che può avere la durata massima di un mese, nè in congedo straordinario che si accorda in caso di infermità. Il congedo derivante dal servizio militare è un congedo *sui generis* che non può essere trattato, in quanto agli obblighi di sostituzione, alla stregua delle disposizioni contenute nei capitolati fatti in tempi ed in condizioni normali.

(5460) *Supplenza - Congedo.* — Il Dott. G. D. da C. chiede conoscere se sia legale accordare ad un medico che sta sotto le armi e che ha goduto di due mesi di stipendio come in congedo, un altro mese di congedo ordinario, obbligando il collega a sostituirlo mediante il compenso di lire 100 stabilito in capitolato come compenso della sostituzione del congedo ordinario.

Ella un mese solo ha obbligo di prestarsi come supplente con il compenso di lire 100. Per altre eventuali supplenze il compenso è da convenirsi. A prescindere da qualsiasi più o meno larga concessione che intendesse il Comune fare al collega, ed a cui Ella deve rimanere estranea come affare che non Le riguarda, ha diritto a percepire compenso diverso e certamente maggiore di lire 100 per tutti i mesi, meno uno, che sostituirà nel servizio medico di condotta il collega chiamato sotto le armi.

(5461) *Servizio militare - Supplenza.* — Al Dott. S. S. da C. rispondiamo che il suo quesito non è chiaro giacchè non ci sembra irregolare che l'Amministrazione comunale, in vista della di lui chiamata sotto le armi, abbia incaricato un interino per sostituirlo. È vero che come unico medico condotto del Comune avrebbe potuto non rispondere alla chiamata, ma è da supporre che gli atti non furono fatti a tempo dal Comune. Oramai ogni congedamento è vietato e, quindi, riesce inutile qualsiasi recriminazione.

(5462) *Elenco dei poveri.* — Il Dott. F. B. da G. chiede conoscere se il Comune possa di fronte ad un medico stabile aumentare esageratamente il numero delle famiglie comprese nello elenco dei poveri, se possa mettere in vigore un elenco non approvato dal medico condotto e se e quale rimedio vi sia per ridurre i danni economici del sanitario.

Il Comune ha sempre facoltà di modificare e di ampliare l'elenco dei poveri anche di fronte ad un medico stabile, giacchè il numero delle famiglie povere indicato approssimativamente nel bando di concorso non ha valore contrattuale. Il medico condotto deve assistere la Commissione incaricata della redazione dello elenco, ma non è chiamato ad approvarlo. Ella non può negare le sue prestazioni a chi è incluso nello elenco, ma in riparazione del conseguente danno economico, ha facoltà di ricorrere alla G. P A. per congruo aumento di stipendio di ufficio ai sensi dello articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(5463 *Ufficiale sanitario membro del Consiglio provinciale di sanità - Pensioni.* — Il Dottor P. R. da V. chiede conoscere se un ufficiale sanitario possa far parte del Consiglio provinciale sanitario e se un ufficiale sanitario di recente nomina possa sottrarsi all'obbligo di iscriversi alla Cassa pensione.

L'ufficiale sanitario non può far parte del Consiglio provinciale di sanità perchè cumulerebbe le due fra loro incompatibili vesti di vigilante e vigilato od anche, in alcuni casi, di giudice e di parte. Non si può essere esclusi dall'obbligo di iscrizione della Cassa di previdenza perchè trattasi di nuova nomina a posto retribuito e stabilito in organico. Il Comune deve pagare lire 132 annue di contributo ed altrettanto Lei. L'obbligo del pagamento del contributo decorre dal giorno della iscrizione alla Cassa.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

ARAMUGIA-BALLAO (*Cagliari*). — Condotta consorziale; L. 4000. Scadenza 10 settembre.

CASTIGLIONE INTELVI (*Como*). — Condotta piena consorziale, popol. totale 2385 ab.; L. 4000 lorde compresa indennità U. S. e medico carceri mandamentali; 3 aumenti. Scadenza 31 agosto.

CRISSOLO-OSTANA (*Cuneo*). — Generalità. Lire 4000 lorde. Alloggio a Crissolo, capo consorzio.

FOIANO DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Due condotte. Proroga a tutto il 25 agosto.

FONNI (*Sassari*). — Fino al 25 agosto concorso 2ª condotta medica, stipendio L. 3500.

MONTEFALCO (*Perugia*). — A tutto agosto è prorogato il concorso a una delle due condotte; L. 4400 comprese L. 350 per obbligo supplenza. Obbligo cavalcatura.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Arezzo*). — Condotta per Lippiano; L. 3900, L. 150 quale U. S. e L. 120 per a. f. Diritto cavalcatura. Alloggio. Scadenza 31 agosto.

* PIENZA (*Siena*). — Conferimento di una condotta cui è annesso lo stipendio di L. 3500 oltre gli incerti per indennità di cavalcatura per visite in campagna. Scadenza 31 agosto.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta per Nuvolato. Scad. un mese dal 18 agosto. L. 3000 lorde e tre sessenni pei poveri, compenso dagli abbienti; L. 600 per carrozza e cavallo. Servizio entro 15 giorni.

** ROMA. *Amministrazione Provinciale*. — Tre medici assistenti nel Manicomio di S. Maria della Pietà (Istituto di Roma o Succursale di Ceccano); L. 2530 oltre il vitto e l'alloggio personale nell'Istituto. Carica biennale senza conferma. Concorso per titoli. Documenti alla Segreteria della Provincia. Età 25-40 anni. Scadenza 31 agosto. Servizio entro 15 giorni.

* S. AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta 2° reparto, L. 3000 lorde e L. 700 per cav., indennizzo di L. 50 per ogni 10 semi-abbienti, L. 200 per U. S. Scadenza 10 settembre.

SPIRANO-LURANO (*Bergamo*). — Chiudesi 31 agosto 1915 concorso medico consorziale. Abitanti 3761. Stipendio 4400 lorde. Tre sessenni. Comuni equidistanti tre chilometri, pianura. Residenza Spirano ove havvi ospitale.

TARANTO (*Lecce*). — Concorso per titoli al posto di capo laboratorio medico-batteriologico del Comune; L. 3155 e 4 aumenti quinquennali del decimo. Chiedere schiarimenti. Scadenza 31 agosto.

TUORO (*Perugia*). — Condotta; L. 4300 lorde così ripartite: per la cura dei poveri ed abbienti ed indennità alloggio L. 4150, e come U. S. L. 150; indennità cavalcatura L. 700; aumento di 1/10 sullo stipendio iniziale di L. 4300 per un solo sessennio. Assicurazione. Scad. 31 ag. Abitanti 3559.

VEROLAVECCHIA (*Brescia*). — A tutto il 26 agosto per lo stipendio di L. 2844. Indennità trasporto L. 750. Tre aumenti sessennali.

VILLARBOIT (*Novara*). — Condotta per la generalità, in pianura. Popolazione 1100. Stipendio L. 3800 lorde, più L. 100 per U. S. Alloggio con giardino: tre aumenti sessennalî di L. 160. Per la cura dei lavoratori avventizi compenso speciale da stabilirsi fra i proprietari e il medico. Scadenza 15 settembre.

VILLENEUVE (*Torino*). — Medico consorziale; L. 2500 lorde; indennità L. 200. Scad. 15 sett.

Medico-chirurgo giovane, esente servizio militare, cerca dal 1° settembre servizio interinale o supplenza ovunque nell'Italia Centrale o Settentrionale purchè ben retribuito. Scrivere: Condotto, Santa Sofia d'Epiro (Cosenza).

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

*Diffide e boicottaggi.*

Il Consiglio direttivo dell'Associazione fra i medici dei Manicomî pubblici italiani considera come irrito e nullo l'avviso di concorso, con scadenza al 31 agosto 1915, per tre posti di medico assistente nel Manicomio di Santa Maria della Pietà (Istituto di Roma o succursale di Ceccano), del quale proclama il boicottaggio.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

*Nel Corpo Sanitario Militare.*

Il prof. Tansini Iginio, direttore della clinica chirurgica della R. Università di Pavia, è stato nominato consulente chirurgo generale del III Corpo d'Armata, ed ha cominciato a prestare l'opera sua a vantaggio dei nostri feriti.

*
* *

BOLOGNA. — Il prof. Francioni Carlo è nominato, in seguito a concorso, straordinario di clinica pediatrica.

Sono nominati i dottori: Carbone Domenico aiuto in igiene, Martinotti Leonardo aiuto in clinica dermosifilopatica, Venturoli Francesco in clinica delle malattie mentali e nervose.

NAPOLI. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Marotta Arturo in patologia medica, De Sandro Domenico in igiene, Pellecchia Ettore in patologia chirurgica.

I dottori Serpico Antonio e Floridia Giorgio sono nominati assistenti volontari alla 1ª clinica medica.

PADOVA. — Il dott. Pellegrini Rinaldo è abilitato alla libera docenza in anatomia ed istologia patologica.

Il dott. De Giacomi Antonio è nominato assistente in clinica dermosifilopatica.

PARMA. — È abilitato alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria il dottore Sempianti Paolo.

PALERMO. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Ribolla Achille in odontoiatria, Vincenzoni Giuseppe Enrico in clinica chirurgica.

Il dott. Guccione Filippo è nominato assistente volontario in anatomia patologica.

PISA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Niosi Francesco e Anzilotti Giulio in clinica chirurgica e medicina operatoria.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Sui campi dell'onore.**

Il sottotenente medico dott. DOMENICO BETTI cadde a Podgora il 28 luglio scorso, colpito proditoriamente da un prigioniero austriaco, mentre prestava l'opera sua in un posto di medicazione. Sebbene giovanissimo, godeva già buona rinomanza nell'ambiente professionale. Fu anche un attivo propagandista delle opere di educazione popolare ed il Ricreatorio « Duca degli Abruzzi » lo ebbe per molto tempo quale infaticabile segretario.

È giunta notizia ufficiale alla famiglia, in Cologne Bresciano, che il tenente medico dottor BORTOLO MAZZOTTI risulterebbe disperso in uno degli ultimi combattimenti in Libia. Era da oltre un anno nella Colonia, dapprima con le truppe del valoroso generale Cantore, poi col 15° battaglione ascari del colonnello Billia. Questi l'aveva voluto con sè ed in seguito proposto per la medaglia al valore per il modo brillante con cui si era comportato in numerosi combattimenti.

**L'assistenza sanitaria a Milano.**

Riportiamo l'elenco completo degli Ospedali che funzionano a Milano per l'assistenza sanitaria e morale ed il cui servizio è affidato alla Croce Rossa, alla Pro Esercito, al Comitato di Guerra, al Comitato femminile di preparazione:

Casa di salute S. Giuseppe, Ospedale militare principale, Collegio Convitto Longone, Collegio S. Carlo, Padiglione chirurgico prof. Mangiagalli, Ospedale Fatebenefratelli, Pio Albergo Trivulzio, Collegio Reale delle Fanciulle, Collegio Leone XIII, R. Istituto Sordomuti, Istituti Ospitalieri, Istituto Dame Benedettine, Collegio Marcelline, in via Quadronno e piazza Tommaseo, Suore del Sacro Cuore, Ospedale Maggiore, Istituto Mantellate, Clinica malattie professionali, Dormitorio Popolare, Seminario Arcivescovile, Case Popolari Niguarda, Collegio Orsoline, Istituto Canossiane, Istituto S. Corona, Istituto Carlo Cattaneo, Istituto dell'Addolorata, Collegio della Guastalla, Istituto Missionarie, Suore di Carità, S. Sofia 13, Istituto Bassini, Collegio Marcelline di via Amedei, Manicomio di Mombello, Stabilimento Bisleri, Collegio Calchi-Taeggi, Stabilimento Brioschi, Collegio S. Celso.

**Gli ospedali di guerra nella regione lombarda.**

Non solo nella città di Milano, ma anche nella regione della provincia la gara delle buone volontà in favore della Croce Rossa Italiana va allargandosi e concretandosi. Ha potuto constatarlo un'apposita Commissione del Comitato milanese della Croce Rossa, composta del cavaliere uff. Ronchi e dei tenenti Leonardi ed on. Agnelli, che ha compiuto in questi giorni un giro d'ispezione in alcuni fra i nuovi ospedali allestiti nei maggiori centri della regione.

Così furono visitati l'ospedale di Crema, che ha sede nel palazzo S. Domenico, che è capace di 100 letti ed è diretto dal dott. Filippo Zambellini; quello di Erba, allestito nella casa Airoldi e dovuto all'iniziativa del signor Carlo Baragiola, capace di 50 letti e diretto dal dott. Sala; quello di Lodi, capace di 150 letti distribuiti nelle ampie sale del Collegio delle Dame inglesi; quello di Monza, collocato nelle scuole comunali di Borgo Milano, ricco di 70 letti ed al quale è preposto il dott. Giuseppe Mariani; quello di Melegnano, con 100 letti, sotto la direzione del dott. Antonio Cattaneo; quello di Saronno, sito nella villa della signora Lina Koelliker e dotato di 60 letti, diretto dal dottor Ercole Cabrini; ed infine quello allestito nella villa del sen. Tittoni a Desio, diretto dal dottor Giuseppe Segatelli e capace di 100 letti.

Ad Erba alla Commissione d'ispezione si aggiunse il senatore prof. Mangiagalli.

Son dunque sette nuovi ospedali allestiti in ville e palazzi, dovuti molti alla generosità di privati, e che son sorti nelle vicinanze di Milano, dove l'aria è più salubre e la tranquillità perfetta e dove 630 ammalati o feriti potranno trovare amorosa assistenza ed ospitalità. Va aggiunto che la Commissione ispettrice ha trovato tutti gli Ospedali in perfetto ordine, ricchi di ogni necessario e pronti ad essere utilizzati.

**Il padiglione Litta militarizzato a Milano.**

Un altro padiglione trasformato in ospedale di guerra è il Litta, il quale benchè costruito quindici anni or sono risponde egregiamente alle esigenze sanitarie più moderne. Per adattarlo al nuovo compito non sono occorse che poche e rapide modificazioni. Ai quattro comparti di cui era composto se n'è aggiunto un quinto, all'ultimo piano, per i feriti affetti da forme infettive. È un comparto dotato di una scala speciale, di servizi speciali, di personale speciale, in modo che esso risulta completamente isolato dagli altri.

Da quasi due settimane il Litta, che sorge, com'è noto, nella grande città ospitaliera e al quale si accede da via Commenda, ospita feriti che sono curati dal primario prof. Crosti, maggiore, dai capitani dott. Pollini e prof. Maiocchi, dai tenenti dott. Scurati, Colombi e Boretti, e dal sottotenente Marinoni. Al piano rialzato vengono ospitati i feriti affetti da forme asettiche, al primo piano quelli affetti da forme settiche. Ogni piano è diviso in due comparti, ciascuno dei quali è indipendente dall'altro essendo provvisto delle rispettive sale di operazione e di medicazione.

Ciascun comparto può accogliere in condizioni normali quarantacinque feriti e in momenti eccezionali anche cinquanta. Il Litta è poi munito di un suo gabinetto di chimica, di uffici e camere per il personale dirigente. Per le esperienze radiografiche si serve degli apparecchi messi a disposizione dei padiglioni dell'Ospedale Maggiore.

**Pavia e la guerra.**

In base a quanto hanno pubblicato i giornali di Pavia, tracciamo alcune notizie su gli ospedali militari di riserva di questa città che fu una delle primissime lungi dal fronte che ha ospitato feriti di guerra, e che per la sua situazione e per il fatto di esser sede di università è venuta ad essere una delle più importanti città ospedaliere lungi dal fronte. Gli ospedali militari di riserva vi sono numerosi, allestiti in modo completo, e in special modo mercè l'intervento della beneficenza cittadina, oltre le cliniche tutte aperte e funzionanti.

Si sono trasformati in ospedali infatti il Collegio Borromeo ed il Collegio Ghislieri ambedue capaci di 500 letti ciascuno, le moderne scuole Carducci capaci di 300 letti circa, affidate rispettivamente alle direzioni dei proff. Golgi, Ascoli e Clivio. Inoltre minori ospedali nuovi sono nello stabilimento Vacchetti, Cines-Seta, nel Collegio S. Agostino, nel Collegio del Senatore, nell'Asilo Gazzaniga. Vi prestano servizio i medici della città e dell'Ospedale; il servizio di assistenza è affidato alle dame della Croce Rossa, ed è disimpegnato in modo encomiabile, per cui sono unanimi parole di lode in special modo alle dame direttrici di tal servizio.

Per il trasporto degli ammalati dalla stazione agli ospedali, si prestano la Croce Verde e varî privati con loro automobili.

Tralasciamo di parlare dei feriti, nella grande maggioranza leggieri, e nella intera totalità aventi un morale altissimo e una lode per il servizio sanitario al fronte. (Dal *Pensiero Medico*).

**Gli ospedali della Croce Rossa in Roma.**

La Croce Rossa con mirabile slancio ha allestito in breve tre unità ospedaliere territoriali a Roma; in esse i feriti di guerra trovano cure assidue, amorose e conforto dalle frequenti visite di augusti personaggi.

Un altro ospedale mobile della Croce Rossa si sta allestendo sotto la direzione del maggiore Scafi e di ottimi sanitari.

**Il primo ospedale della Croce Rossa in Palermo.**

Venne istituito e già funziona nel locale scolastico Niccolò Turrisi a piazza Marmi, grazie alla solerzia ed all'attività del Consiglio Direttivo del Comitato Regionale.

Per la parte sanitaria dirige l'Ospedale il clinico chirurgo prof. Ernesto Tricomi, colonnello medico della Croce Rossa.

L'Ospedale è diviso in tre reparti, due di chirurgia diretti dai capitani Fredà e Zappulla ed uno di medicina diretto dal prof. Donzelli. Vi presta servizio una schiera di assistenti.

Altro ospedale più vasto sarà tra giorni impiantato nell'attiguo Istituto scolastico Isidoro La Lumia. (Dalla *Riv. Sanit. Sicula*).

**Ospedale per ufficiali a Genova.**

Un ospedale di riserva per ufficiali è stato fatto allestire a Genova dall'Amministrazione dell'inglese signor Evan Mackenzie, col contributo proprio e delle Società di Assicurazioni: *Ausonia, Alleanza* di Genova ed *Union* di Parigi, da lui gerite, in un'ala dello splendido palazzo della Meridiana sito nella via Cairoli.

L'ospedale contiene oltre quaranta letti disposti in dieci grandi camere ove tutto fu studiato perchè i degenti abbiano viva l'illusione di essere non in una casa di cura ma fra le pareti più intime.

La disposizione degli ambienti e l'arredamento delle camere — tutte bianche, a smalto, dalle pareti al mobilio — non potevano essere più felici e più completi. V'è non il necessario, ma quasi il superfluo.

**Assistenza sanitaria gratuita in Roma per le famiglie dei richiamati.**

Il Comitato Romano per l'organizzazione civile, preoccupato di rendere maggiormente proficua la propria azione per le famiglie dei richiamati sotto le armi, rende noto che quelle che, nelle attuali condizioni economiche ed in caso di malattia, risentono del grave disagio di sostenere le spese di medici e medicinali, potranno rivolgersi alla sede del Comitato (Palazzo dell'Esposizione, via Nazionale), presso la Commissione Sanitaria, allo scopo di fornire le informazioni necessarie per il modulo relativo alla richiesta.

Il Comitato Romano per accordi intervenuti col Comune di Roma, offre questa nuova forma di attività alle famiglie che maggiormente sentono il disagio della guerra.

Le iscrizioni si chiuderanno col 31 agosto corr. (Le iscrizioni si ricevono dalle 9 alle 12 e dalle 15 alle 18 di tutti i giorni meno i festivi in cui l'orario sarà limitato dalle 9 alle 12).

**Vaccinazioni straordinarie contro il vaiolo.**

Un'ordinanza del Municipio di Roma, della quale demmo notizia nel fasc. 31, pag. 1055, è stata poi chiarita, nel senso che l'intenzione dell'Ufficio d'Igiene è stata di consigliare gli adulti che non si sono più vaccinati dopo il decimo anno, di sottoporsi alla innocua pratica, per far sì che ove, ciò che auguriamo non sia, qualche caso di vaiuolo dovesse essere importato a Roma, la maggior parte della popolazione si trovi in condizioni da essere refrattaria ad ogni pericolo di contagio.

**Contro l'alcoolismo a Milano.**

Il Sindaco di Milano ha pubblicato un manifesto che reca le disposizioni suggerite da una Commissione contro l'alcoolismo, istituita presso la Prefettura.

La Commissione ha determinato che la vendita delle bevande contenenti alcool in quantità superiore al 21 % del volume (grappa, cognac, rhum, ecc.) non può essere effettuata negli esercizi pubblici e nelle vendite ambulanti prima delle ore 10 del mattino, ma può essere protratta fino all'ora di chiusura dell'esercizio.

La disposizione tende a combattere l'abitudine quasi generale nelle nostre classi operaie del bicchierino prima di recarsi al lavoro.

Il manifesto del Sindaco — dopo aver ricordato anche i divieti della vendita dell'assenzio, della somministrazione dei liquori ai minorenni e dello spaccio delle bevande alcooliche oltre il 21 % alla domenica — annuncia che la stessa Commissione governativa ha stabilito che a far tempo dal 1° gennaio 1916 l'apertura e la chiusura degli esercizi pubblici sarà regolata dai seguenti orari: ristoranti e trattorie: apertura ore 7 del mattino; chiusura alla una di notte; caffè e bar: apertura ore 5; chiusura alla una di notte. Uguale orario dovranno osservare le fiaschetterie e le bottiglierie, mentre per le osterie e le bettole esso è ridotto dalle 8 di mattina alle 11 di sera.

**Provvedimenti igienici a Bologna.**

Una provvida ordinanza del Sindaco di Bologna emana le seguenti disposizioni igieniche ingiungendo che raccolte in un manifesto, siano anche tenute esposte al pubblico in ogni esercizio in cui si vendano generi alimentari:

1° È proibito fino a nuovo ordine la vendita e la introduzione a scopo di vendita delle ostriche, mitili e simili.

2° È fatto obbligo ai venditori di sostanze alimentari di tenere protetta dalle mosche e dalla polvere la loro merce mediante opportuni ripari, non lasciando toccare la merce stessa dal compratore prima di averla acquistata.

3° La distribuzione del pane a domicilio sarà fatta mediante involucri o sacchetti di carta ciascuno dei quali dovrà contenere la sola quantità richiesta dai singoli clienti.

4° Il pane che si distribuisce negli alberghi, trattorie, caffè, ecc. dovrà essere accuratamente racchiuso in carta e consegnato ai consumatori nella sola quantità da essi richiesta, escludendo da una nuova distribuzione quello che da chicchessia e per qualsiasi motivo sia stato privato dell'involucro.

**Opere di fognatura a Napoli.**

L'Amministrazione comunale di Napoli ha provveduto al progetto di fognatura complementare per la sezione Vomero per lo importo di 555 mila lire, a quello pel nuovo Rione Vomero Arenella per lire 920,000 e a quello pei Casali Architello, Pigna, Casepuntellate, ecc. per 302 mila lire.

**Per l'esecuzione delle opere igieniche.**

La «Gazzetta Ufficiale» pubblica un decreto recante provvedimenti per sollecitare l'esecuzione di opere igieniche in base alla legge 25 giugno 1911. All'uopo, oltre a stabilire nuove norme per la concessione dei prestiti da parte della Cassa Depositi e Prestiti, il decreto istituisce presso la Direzione generale della Sanità Pubblica un ufficio speciale al quale potranno essere aggregati, in via temporanea, funzionari tecnici dipendenti da altre amministrazioni dello Stato o, in mancanza, liberi professionisti.

**Gruppo per propagande mediche nella guerra.**

Si è costituito con sede a Milano, via S. Barnaba, 8. Esplicherà la sua attività prevalentemente nella Lombardia.

Gli scopi che si propone sono: azioni e fatti, di carattere medico-igienico, a vantaggio dei nostri combattenti, delle loro famiglie, delle classi lavoratrici. I metodi di cui si vale sono: propagande orali, foglietti volanti, organizzazione di aiuti, collaborazioni con insegnanti ed altri. Mezzi: i contributi versati dai promotori e dagli aderenti; non si accettano sussidi.

La bella iniziativa si deve ai seguenti promotori: Allievi, Antonini, Arcellaschi, Badini, Beduschi, Belfanti, Bellezza, Bellini, Bertarelli A., Bezzola, Campani, Cattaneo C., Celli F., Cesa-Bianchi, Clivio I., Della Vedova, Devoto, Gagliardi G., Germani, Mantegazza U., Mariani (di Bergamo), Massalongo, Pasini, Pedrazzoli, Pugliese, Ragni, Ramazzotti V., Riva-Rocci, Ronzoni, Sormani G., Terni, Varanini, Viganò L., Zambianchi.

Abbiamo sotto gli occhi i primi fogli di propaganda, sull'alcoolismo, sulle malattie veneree, sulla tutela dell'infanzia, sulla prevenzione della pellagra e sull'uso alimentare delle uve. Ne riporteremo qualcuno nei prossimi numeri.

Ci auguriamo che l'iniziativa trovi volenterosi imitatori nelle altre regioni d'Italia.

**Scambio di personale sanitario tra Francia e Germania.**

Una lettera del ministro Delcassé alla «Commissione dell'esercito» informa che la Francia e la Germania si sono accordate circa il rimpatrio del personale sanitario. Finora fu possibile scambiare trecento medici e tremila infermieri.

**Medico milanese prigioniero.**

Uno dei tre medici che mentre sul campo di battaglia prestavano la loro pietosa opera di soccorso ai feriti, caddero prigionieri degli austriaci, il 18 giugno u. s., è un milanese, il dott. Gerolamo Lavilla, tenente medico di complemento nel .... fanteria. Egli ha dato notizia di sè alla famiglia e risulta che trovasi a Mauthausen. Com'è noto, la cattura di medici militari sarebbe contraria alla Convenzione di Ginevra.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

**Anno XXII.** *Roma, 29 agosto 1915* **Fasc. 35**

# IL POLICLINICO

## SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

### SOMMARIO.



☞ *NUOVO Premio semigratuito **di eccezionale importanza!***

La missione della donna italiana è oggi al letto del soldato ferito. Niun'altra opera, e sono molte alle quali è chiamata in questi supremi momenti la donna, può essere più benefica e confortevole di quella diretta ad alleviare le sofferenze e a sollevare lo spirito dei nostri prodi soldati caduti feriti sul campo della gloria. Ma l'arte dell'infermiere non è agevole o quanto meno non produce tutti quei benefici effetti onde è capace, senza una seria preparazione, ed a ciò mira il

**VADEMECUM DELLA INFERMIERA** **in casa e negli ospedali** con speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in guerra

che il nostro egregio collaboratore prof. GIACINTO QUARTA ha preparato per incarico della nostra Amministrazione.

Questo manuale con stile chiaro, semplice e conciso, e con singolare perizia compilato, contiene quanto è necessario alla donna di sapere per adempiere efficacemente il pietoso ufficio d'infermiera al letto del ferito e dell'infermo. Le numerose illustrazioni sono di grande ausilio all'intendimento del testo e agevolano in modo sicuro l'opera della lettrice in ogni contingenza del suo nobile ufficio.

Per mettere i nostri cortesi abbonati in grado di diffondere il manuale stesso presso le signore di loro conoscenza, abbiamo deliberato di spedire in porto franco le copie che ci venissero richieste col loro tramite al *solo prezzo di costo*, cioè a L. **2.50** ciascuna.

La nostra Amministrazione non ha apprestato questo libro a scopo di lucro, ma unicamente con l'intento di concorrere a rendere sempre più benefica la nobile e pietosa opera delle donne italiane al letto del ferito o dell'infermo; e se i nostri fedeli abbonati vorranno prestarsi al conseguimento di questo intento avranno anche essi la loro parte di benemerenza.

Un volume in XVI° grande, di circa 250 pagine, nitidamente stampato, con 94 figure intercalate nel testo, L. 4.

**Le richieste, da farsi mediante cartolina vaglia, si dovranno indirizzare esclusivamente al prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, 46 - Roma.**

# LAVORI ORIGINALI.

## Cura delle ferite di guerra settiche senza drenaggio

per il prof. L. ISNARDI,
direttore tecnico dell'Ospedale militare
di riserva di Vercelli.

I francesi dicono che la moderna chirurgia di guerra segna il trionfo del drenaggio di Chassaignac. Un recente articolo di Richard Derby, comparso nel *The Boston Medical and Surg. Journal*, maggio 1915, e riassunto dal *Policlinico* del 13 giugno, termina con queste parole «i metodi impiegati in questo ospedale consistono nel combattere l'infezione drenando ampiamente ed usando irrigazioni antisettiche».

Non rileverò l'accenno alle irrigazioni antisettiche, le quali oggidì non si discutono più essendo universalmente abbandonate; mi fermerò sulla questione del drenaggio: io sono d'av-

viso che il suo uso debba essere sempre più limitato.

Nella prima medicazione che si fa ai feriti e che ha scopo preventivo, se anche trattisi di gravi ferite di artiglieria, si deve andare cauti nelle pratiche di sbrigliamenti, lavature, manipolazioni, zaffamenti e drenaggi che sul principio dell'odierna guerra il De Lorme raccomandava; è miglior consiglio secondo il mio modesto modo di pensare tendere piuttosto verso l'astensionismo.

Ma anche nella cura ulteriore, che si svolge negli ospedali di riserva, in generale non si dovrebbe derogare dallo stesso principio. Ossia non solo in via profilattica, ma anche come metodo di cura quando la temuta sepsi è già dichiarata e le ferite gemono pus, si sia o non si sia drenato in antecedenza, io penso che l'astensionismo debba imperare ed il drenaggio debba passare in seconda linea, come metodo d'eccezione.

Scopo di questa mia nota è riferire alcune osservazioni cliniche recentissime che dimostrano la bontà di questo principio.

Nell'ospedale militare di riserva di Vercelli che io dall'inizio della guerra dirigo, giunsero nelle prime settimane 290 feriti: di essi 5 erano feriti al polmone, di cui 4 son già guariti, ed 1 in via di guarigione; 253 ferite leggiere cicatrizzarono e pochi soldati restano tuttora nell'ospedale per fratture, rigidità articolari, lesioni nervose, ecc.; 32 erano gravi e settiche, ed è su queste 32 che ho fatto i miei studi.

Queste ferite si possono dividere in due categorie:

1° Ferite a fori cutanei piccoli, ma a lungo tragitto, di fucile o da pallette di shrapnell, frequenti nell'attuale guerra di montagna, che attraversano obliquamente la spalla, l'ascella, o dal dorso vanno alla natica, o longitudinalmente quasi tutta la coscia, il polpaccio, ecc. Una attraversava obliquamente il ginocchio, 3 l'articolazione del piede e 2 di queste erano eresipelatose.

La sepsi in queste lesioni pare dovuta a tarda medicazione o a medicazione che si spostava, alla posizione di un orificio sulle vicinanze dell'ano, a pezzi d'indumento che più tardi spontaneamente uscivano, ed in questi casi era caratteristica la suppurazione maggiore e più prolungata del foro d'entrata; oppure eravi stata una grave emorragia e, causa la strettezza degli orifici, residuava un voluminoso ematoma che poi suppurò.

La suppurazione in questo genere di ferite non è abbondantissima, le articolazioni attraversate sono tumide, molto dolenti, la pelle è arrossata e spesso solcata da strie di linfangite cutanea: specialmente in vicinanza del foro d'uscita si trova qualche diverticolo laterale ripieno d'essudato.

2° Una categoria di ferite suppuranti, che furono in numero di dodici, è data dalle cosidette ferite a scoppio, a foro d'uscita ampio, imbutiforme, della coscia e della gamba (non tenni conto delle lesioni a scoppio della mano, piede e delle piccole sezioni del braccio le quali per quanto vaste siano, essendo la parte poco carnosa, non sono quasi mai pericolose).

In queste ferite per lo più lo scheletro è interessato: 5 volte eravi frattura del femore con scheggie, 1 volta del perone, 1 delle ossa dell'avambraccio presso il gomito.

È facile capire come in questi casi le ferite si infettino, pensando ai luoghi difficili in cui si svolge la nostra guerra. Certi feriti sono calati con funi dalle rocce. Molti feriti gravi sono costretti a fare a piedi lunghi tratti di via malagevolissima. Un soldato caduto a 50 metri dalle trincee nemiche con frattura del femore presso la radice della coscia e ferita al lato interno larga come una mano, legatasi da solo strettamente la gamba malata alla sana col suo cinturino, erasi scivolato per il pendio di un colle e per 5 ore si trascinò carponi fino a che raggiunse il proprio accampamento.

L'infiammazione di queste ferite è impressionante. Dagli orifizi esce sangue nero, pus e talvolta gas; gli spazi intermuscolari sono invasi dal pus, larghe ecchimosi colorano tutto l'arto, fortemente tumido; febbre alta e nelle prime notti delirio. Una sola condizione è favorevole, l'ampiezza della breccia cutanea.

Debbo dire fra parentesi che malgrado tutto, in generale i nostri soldati feriti quando arrivano all'ospedale colla storia clinica che li accompagna, le medicazioni perfette, gli arti fratturati immobilizzati, spesso col gesso su cui è scritta chiara la diagnosi e le date, attestano una calma, un ordine, una soda preparazione scientifica nei nostri medici di campo che è veramente ammirevole, e di molto superiore a quello che io ho potuto osservare in Francia e nella *dotta* Germania.

Ecco come mi comportai in questi 32 casi.

Pulizia della parte, riduzione immediata delle fratture con apparecchio a forte trazione con pesi e applicazione di bendaggio gessato, immobilizzazione delle articolazioni lese, finestre nei bendaggi di gesso armato molto ampie per modo che i loro bordi mai si insudicino, nessun minuto esame con sonde, ma solo esame radioscopico, non ricerca nè estrazione di scheg-

ge, se non presentatesi alla vista, nessuna manipolazione.

L'arto fasciato è *costantemente* posto su un piano elevato, inclinato. L'immobilizzazione e l'elevazione del braccio e della gamba sono i migliori antiflogistici che possediamo.

Applico a *piatto* garza abbondante, a batuffoli, asciutta, ben soffice e cotone idrofilo, che ricambio 1-2 volte al giorno se occorre.

Mi astengo in modo assoluto da qualsiasi zaffamento di sfondati: non pongo mai drenaggi.

Ricambiando la garza, se c'è ristagno, ne ricerco la causa. La garza troppo asciutta può favorire la formazione di una crosta occludente ed allora si applica sulla garza una striscia di tela impermeabile, oppure sui bordi della ferita lanolina o leucoplaste.

Oppure sarà un giro di benda troppo stretta che applica contro la ferita la garza così serrata da renderla occludente. Oppure l'orifizio della ferita resta in alto, e si cercherà di dare all'arto una posizione laterale e tale che la ferita resti ad esempio nel vuoto tra due cuscini, in guisa insomma che in ogni caso sia facilitata la fuoruscita degli essudati: in una parola antisepsi fisica alla Preobragenski.

È lecito ogni volta che si medica premere dolcemente sul tragitto fistoloso senza provocare però nè dolori nè la minima traccia di emorragia: asciugasi la ferita, si pulisce la pelle vicina con alcool, etere, ecc., e si cosparge di polvere di acido borico, talco, ecc., per mantenerla valida contro la macerazione facile in queste abbondanti suppurazioni. Non sarebbe un gran male irrigare i lunghi tragitti della prima categoria di ferite con acqua ossigenata che faciliterebbe l'eliminazione dei corpi estranei; io per semplicità ed economia non vi ricorsi mai. Tocco le larghe superficie cruente con scarsa acqua ossigenata o con nitrato d'argento per prepararle eventualmente agli innesti, e null'altro.

Ma sovratutto non zaffo, nè dreno.

Così ho curato queste 32 ferite, abbastanza gravi.

Di esse una era stata zaffata in antecedenza, era una ferita stretta, settica, attraversante obliquamente il piede, che aveva dato e diede anche all'ospedale gravi emorragie da sepsi, e si complicò con un flemmone. Tolto il zaffo, elevato l'arto, colla cura aspettante, in sei settimane guarì.

Soltanto poche volte fui costretto a derogare da questo principio.

In un caso di ferita della spalla, con apertura in alto dell'articolazione e lesione del plesso brachiale, ho dovuto fare una controapertura nell'ascella, esportai un sequestro e drenai la ferita per 15 giorni.

In un individuo debole con grave flemmone diffuso del polpaccio e poplite, dovetti incidere: il processo si diffuse anche alla coscia, che apersi ampiamente e trovai tutta la diafisi femorale scollata dal pus; anche qui drenai ed il risultato fu buono.

In tutti gli altri casi seguendo il principio dell'astensionismo non ebbi complicazioni che mi abbiano indotto a fare incisioni e drenaggi.

La febbre si manteneva per 8-15 giorni, salendo talvolta a 40.5, associata anche a disturbi generali, insonnia, dolori, inappetenza; la suppurazione era sempre copiosa, spesso abbondantissima. Ma colla cura paziente, aspettante, le cose rientrano da sè nell'ordine.

Di quando in quando facevano capolino nella ferita scheggie ossee o brani di vestimenta che venivano allontanati.

Ebbi 4 casi di risipola, che cedettero agli impacchi di sublimato ed unguento Credé; in un caso in cui alla ferita grave della natica era associata una ferita del polmone, ho praticato 4 iniezioni endovenose di electrargol, oltre alle abbondanti iniezioni di olio canforato di cui faccio largo uso, e l'individuo ora è sfebbrato ed in buona via di guarigione.

Verso la fine del processo, quando le ferite stanno per chiudersi, compaiono talvolta piccoli ascessi, tre ne dovetti incidere, e da questi piccoli tagli tardivi che cadono sui tessuti già riparati escono scheggie ossee, e prestissimo guarisce la piccola ferita.

Al momento attuale i 32 feriti vanno bene, conservano tutti i loro arti, qualcuno ha ancora 37°.5-38° la sera.

Io concepisco la ferita di guerra come una lesione leggiera alla superficie, grave nella profondità dei tessuti.

Nelle parti profonde si accumulano sangue e tessuti in via di necrosi (e la semplice palpazione fa sempre rilevare i segni di questi guasti, punti rammolliti, tumefazioni, cordoni duri e dolentissimi). La provvida natura corre ai ripari.

L'arte nostra pare che in questo suo lavoro riparatorio non abbia finora indovinato il modo di aiutarla efficacemente.

In passato l'abbiamo anzi danneggiata colle lavature antisettiche. Ora noi possiamo disturbarla coi drenaggi e coi tagli.

I drenaggi di garza, di gomma, di vetro sono corpi estranei che irritano i tessuti, prestano ai microbi una rocca forte, un nascondiglio, un angolo morto dove le batterie dell'organismo

non arrivano a colpirli e donde essi fanno le loro sortite.

I tagli espongono all'aria i tessuti in via di distruzione e che soltanto nel grembo materno della pelle intatta potrebbero rivivere.

Noi crediamo di favorire coi drenaggi ed i tagli la eliminazione degli essudati; ora la natura sa trovare nei solchi tracciati dal proiettile sempre aperta una buona via. Ed anche quando, come capita nei flemmoni della coscia, noi vediamo che l'arto elevato presenta verso la sua radice un fondo ceco non è buon consiglio affrettarsi a drenare e ad incidere, poichè bastano spesso le granulazioni che si avanzano a colmare dal profondo alla superficie queste breccie senza far correre all'organismo i pericoli che portano con sè i tagli in mezzo a parti carnose e prossime all'orifizio anale. Se i tagli ed i drenaggi pare che facilitino l'eliminazione del pus, è questa spesso un'illusione; sono essi che creano una maggiore distruzione di tessuti e talvolta non fanno che produrre indirettamente l'abbondante pus che poi esportano.

Riepilogando io sono convinto che in chirurgia anche nei fatti settici noi dobbiamo avere maggior fiducia nella naturale fagocitosi che nei nostri interventi.

Sarà nostro compito porre gli arti nelle migliori condizioni di nutrizione coll'immobilizzazione e l'elevazione: così si scarica l'albero venoso che nelle flogosi è il più compromesso.

In tutto il resto l'astensionismo e l'antisepsi fisica alla Preobagenski debbono imperare, il drenaggio e gli sbrigliamenti siano metodi di eccezione. Le alte temperature per sè sole non debbono impressionarci troppo e indurci troppo presto a mutare sistema.

Vercelli, 19 luglio 1915.

## RIVISTE SINTETICHE.

### Il tifo esantematico o tifo degli accampamenti.

Dalla zona di guerra, 27 luglio 1915.

Mentre la nostra guerra, per l'avanzata sempre progressiva al di là dei vecchi confini d'Italia e per l'internamento dei profughi e dei prigionieri fin nelle guanigioni più lontane dal campo della lotta, crea rapporti sempre più intimi fra il nostro paese e le popolazioni nemiche, non mi sembra fuor di luogo richiamare le nostre cognizioni più utili e più pratiche intorno al tifo esantematico o petecchiale.

Fu denominato con termini molteplici; e per le sue fiere epidemie tanto frequenti nelle grandi guerre moderne, fu detto anche *tifo degli accampamenti*. E mentre la più grande guerra della storia fa strage, possiamo dire che per essa il tifo esantematico si è imposto finora più di ogni altro morbo epidemico all'attenzione degli epidemiologi, e nell'organizzazione sanitaria civile e militare delle varie nazioni ha fatto sorgere gravi e nuovi problemi di difesa sociale e di profilassi fra le truppe combattenti.

Nell'economia e nelle sorti di una grande guerra, le gravi epidemie possono avere l'importanza di un fattore preponderante e risolutivo. È così che nella prima guerra balcanica il colera fu tra le prime cause a trattenere le forze degli alleati nella marcia trionfale su Costantinopoli!

L'Austria-Ungheria è forse il paese nel quale in questa guerra il tifo esantematico ha avuto più larga diffusione, a quanto fin d'ora si può apprendere dalle pubblicazioni scientifiche e profane. Di qui il nostro dovere nazionale di apprestare sempre più valida, come già vien fatto, la nostra difesa contro quest'altra insidia che il nemico ci può portare.

In queste note un po' frettolose trarremo profitto anche da qualche recente pubblicazione dei giornali di Vienna e dalla nostra personale esperienza fatta nell'epidemia di tifo avutasi in Libia nel primo anno della nostra occupazione.

***

Il tifo esantematico pare fosse noto fin da epoche molto remote, quando, fra le guerre e le carestie più frequenti, le malattie epidemiche trovavano più facile diffusione. Ma a Fracastoro si attribuisce la prima metodica descrizione di questa malattia, che egli denominò *morbus lenticularis*, nella sua opera sui *Contagi e malattie contagiose*. Da allora, cioè dal principio del '500, il tifo esantematico è stato descritto in quasi tutte le regioni dell'Europa in epidemie più o meno gravi, ed in molti paesi dell'Africa, dell'Asia, dell'America.

I paesi più gravemente decimati nel passato furono le Isole Britanniche e la Russia. Anche nei paesi balcanici e nella Germania e nell'Austria si sono avuti periodi di grande diffusione di questo contagio. Nella Germania e nelle Isole Britanniche la frequenza di questa malattia è andata sempre decrescendo, e negli ultimi anni in molti paesi è del tutto scomparsa. Nella guerra di Crimea e nella guerra russo-turca si ebbero epidemie con mortalità elevata. È endemica in Turchia. Nel 1892 si sviluppò intensamente in Tripolitania. Nelle guerre balcaniche, nella nostra guerra libica, nella più parte delle moderne guerre coloniali ha sempre avuto la sua parte.

In Italia un tempo fu piuttosto frequente nel Napoletano e nelle isole, in proporzioni minori nel Piemonte, Liguria, Toscana, ecc. Durante le guerre Napoleoniche ebbe diffusione notevole in varie provincie: il Rasori ha descritto l'epidemia avutasi a Genova fra il 1799 e il 1800. La sua frequenza negli ultimi decennii è andata sempre scemando: nell'Ospedale Maggiore di Milano, per es., nel quale nel 1862 furono curati 357 tifosi, dal 1884 al 1888 vi furono soltanto 61 casi, e solo 15 nel triennio dal 1889 al 1891. Il Bozzolo nel 1899 notava che da parecchi anni il tifo esantematico era completamente scomparso dalle nostre statistiche ufficiali. Di quando in quando però si è avuto, nelle provincie meridionali, qualche caso sporadico importato.

Noi abbiamo ragione di ritenere che questi rari casi di importazione in luoghi dove la conoscenza del morbo da molti anni fa difetto, possano essere stati misconosciuti ed erroneamente diagnosticati per le speciali difficoltà diagnostiche che così spesso presenta questa malattia. Ricorderò un esempio. A molti colleghi di Roma è fresco alla memoria il caso di un valoroso giovane chirurgo romano, L. T., attualmente esercente a Tripoli, che molti di noi pochi anni or sono vegliammo per parecchie notti al Policlinico, gravissimamente malato per una forma infettiva a tipo setticemico che ci lasciò sempre perplessi per la diagnosi, ricordata poi e definita del prof. Bignami come una speciale entità nosografica sotto il nome di *eritema essudativo grave,* insieme con altri pochi casi clinicamente somiglianti (*Rivista Ospedaliera* di Roma, 1911). Fra questi era ricordato anche quello di un altro giovane chirurgo di Roma, il prof. N. B., morto qualche anno prima. Notevole che ambedue i colleghi, pochi giorni prima d'ammalarsi, avevano soggiornato nelle Paludi Pontine di Terracina. Ebbene, dirò che quando nel 1911 a Tripoli potetti conoscere praticamente la clinica del tifo esantematico, mi balzò netto alla mente il ricordo dell'amico L. T., e mi convinsi (con tutto il rispetto dovuto a chi l'aveva altrimenti interpretato) che nel caso suo dovesse essersi trattato appunto di questa malattia. Ne parlai in seguito anche al prof. Antonelli, che con amore aveva curato il T., e si era occupato del suo caso in una dotta comunicazione all'Accademia Medica di Roma.

***

Dell'eziologia del tifo esantematico è stato scritto in riassunto più volte in questo giornale, anche da noi stessi: e però ne diremo più brevemente nei punti fondamentali.

Il tifo esantematico presenta una contagiosità forse non inferiore a quella di qualsiasi altra malattia infettiva.

Circa l'eziologia di questo contagio fino a pochi anni fa si era al buio completo: oggi ancora non ne è noto l'agente causale, ma per lo meno ne conosciamo la via di trasmissione. Da osservazioni cliniche e studi sperimentali recenti è dimostrato che il *pediculus vestimenti* è l'ospite dell'agente infettivo del tifo petecchiale e, nella sua vita parassitaria sul corpo umano, trasmette a questo per inoculazione il contagio della malattia mediante le morsicature della cute.

È singolare però come questa nozione trasparisca oggi tra gli studî e le osservazioni degli AA. precedenti sulla contagiosità del tifo e le condizioni nelle quali il contagio si effettua.

Era noto che tra le popolazioni misere ed indigenti i casi di tifo non restano mai isolati, e che gli asili notturni ed i ricoveri della povera gente sono i focolai più attivi del contagio. Era noto che l'infezione tifosa viene trasportata da paese a paese dai girovaghi e mendicanti che infettano facilmente gli asili, gli alberghi d'infimo grado, le camere di sicurezza. Era stato osservato che le persone addette alla cura dei malati erano colpite allora dalla malattia in una percentuale molto elevata: fra i medici irlandesi dal 1818 al 1843 vi furono 568 casi di tifo con 132 morti, cioè il 46 % della totalità dei malati, ed il 10.5 % della totalità dei morti; dal 1843 al 1848 su 335 morti di medici, 199 erano dovute al tifo. Nella guerra di Crimea 80 medici militari ne morirono; e nell'acme dell'epidemia, in meno di due mesi, 603 infermieri su 840 ne furono contagiati.

Era noto che il contagio si verifica soltanto quando vi sia stato contatto diretto col malato, od anche in determinate circostanze per mezzo delle sue masserizie: difatti si era osservato che gli ammalati per altre infermità, rimasti rigorosamente nel loro letto nelle stesse corsie dei tifosi, non si contagiavano. Il Pringle narra di 23 operai che contrassero la malattia per avere rappezzato delle vecchie tende, che avevano servito di ricovero ai tifosi trasportati su bastimenti tedeschi. E così è frequente il contagio in chi abbia dormito nei letti precedentemente occupati dai tifosi. Anche si sapeva che una persona sana può trasportare la malattia da famiglia a famiglia senza subirne il contagio. La frequenza maggiore del tifo nelle stagioni fredde veniva spiegata con la necessità dei maggiori agglomeramenti delle persone povere, che rendono più numerosi e prolungati i contatti infettanti.

Tutto ciò si sapeva: ma sfuggiva la nozione della via di trasmissione del contagio, ed il modo di penetrazione di esso nell'organismo sano. Ma già si notavano i punti di analogia con altre malattie infettive trasmesse da parassiti: per es. il tifo ricorrente, la febbre del Texas, l'ematuria dei bovini. La difficile trasmissibilità del tifo fra le famiglie agiate faceva ammettere la possibilità che fossero dei parassiti ad inoculare la febbre petecchiale. Il fenomeno costante dell'eruzione cutanea e la contagiosità degli indumenti dei tifosi, facevano pensare che sulla cute fra le squame dovesse ricercarsi la presenza dell'agente infettante. E si pensava pure che i parassiti succhiassero il virus dal sangue infetto e lo inoculassero, pungendo, ai soggetti sani. Il Moczutkowski nel 1900 in Odessa si era sperimentalmente infettato inoculandosi il sangue di una donna tifosa.

L'osservazione di tutti questi fatti e la loro interpretazione sembrano completarsi quasi con la recente scoperta del Nicolle che il *pediculus vestimenti* è il mezzo di trasmissione del contagio del tifo petecchiale.

Il Nicolle ha dimostrato che il *pediculus vestimenti* trasmette da uomo ad uomo il contagio.

Prima di questa scoperta si riteneva da taluni AA. che il contagio potesse trasmettersi per l'aria mediante il pulviscolo degli sputi disseccati dei tifosi. Ed ancora oggi vi sono i partigiani di questa teoria, i quali non ammettono che il pidocchio del corpo sia l'unica via di trasmissione dell'infezione tifosa. Si tratta di un quesito ancora molto discusso.

Ma già prima della scoperta del Nicolle furono mosse obiezioni molto serie a questa teoria. Il Netter per es. notava che se la trasmissione del tifo si effettuasse per mezzo del pulviscolo di sputi sospeso nell'aria, nei casi in cui i tifosi sono curati nelle corsie comuni, come si praticava un tempo in molti ospedali, il contagio doveva essere ugualmente frequente o quasi fra gli altri ammalati ed il personale assistente, ad eccezione di quelli che fossero venuti a contatto diretto coi tifosi. Inoltre il Netter osservava che con questa teoria non si spiegherebbe perchè i casi di tifo restino isolati nelle famiglie agiate, dove non mancano le precauzioni per impedire il contatto diretto, senza badare al pericolo degli sputi. Nell'ospedale di Edimburgo 280 studenti in 32 anni contrassero il tifo, e furono curati nelle loro case senza mai contagiare coloro che li assistevano. Il Christison afferma che ad Edimburgo i tifosi si curavano nelle sale comuni senza inconvenienti, pur che essi non fossero molto numerosi ed occupassero sempre il loro letto, senza mai essere avvicinati dagli altri ammalati e senza mai avvicinarsi a questi durante la loro convalescenza, e badando che il servizio di infermeria fosse fatto per loro separatamente. Il Perry ammetteva solo la necessità di separare i convalescenti di tifo in sale speciali.

A Tripoli ebbi ad assistere con altri colleghi il dott. C. B. dell'Università di Roma, che si era contagiato nell'Ospedale civile « Vittorio Emanuele » osservando un tifoso. Il C. B. fu isolato in una baracca a parte, e quivi fu assistito da personale numeroso. Egli presentò notevoli fenomeni bronchiali durante la malattia, ed espettorava piuttosto abbondantemente, sputando sulle coperte e tutt'attorno senza discernimento per la gravità delle sue condizioni. Nessuno del personale assistente e dei visitatori ne rimase contagiato. Al contrario il capitano della Croce Rossa A. Mezzetti, nelle baracche comuni di isolamento dei tifosi, dove veniva ricoverata la povera gente in condizioni di nettezza molto deficiente, ebbe a notare parecchi casi di contagio nel personale d'assistenza indigeno ed europeo.

Le principali argomentazioni degli AA. favorevoli al pluralismo delle vie di trasmissione del contagio tifoso (per es. il Granduc in Francia, il Kisskalt in Germania) sono le seguenti. In alcune storie cliniche non si hanno notizie che facciano attribuire fondatamente ai pidocchi la trasmissione della malattia, mentre che la frequenza delle complicanze bronco-polmonari potrebbe far supporre che il pulviscolo degli sputi non è estraneo alla diffusione del contagio. *A priori* si potrebbe ammettere che, oltre i pidocchi, anche altri ectoparassiti possano trasmettere l'agente morbigeno. È strana la frequenza del contagio fra i medici, pure consci della necessità di difendersi contro i pidocchi e che quindi presumibilmente non si lascieranno infettare da essi.

Gli unicisti oppongono che mentre l'infezione sperimentale della scimmia dimostra a luce meridiana che i pidocchi delle vesti son capaci di trasmettere il tifo esantematico, invece non sono affatto probabitivi i pochi casi citati a sostegno della teoria dell'infezione per mezzo degli sputi.

Inoltre è dimostrato che il pidocchio, sperimentalmente infettato, è capace di contagiare dopo circa 10 giorni; ciò che fa pensare si verifichi nel parassita un ciclo di sviluppo del germe infettante, e che quindi si tratti anche nel caso del tifo di un'unica via di trasmissione, come avviene per la febbre gialla e la malaria. La frequenza del tifo fra medici è d'altra parte spiegabile dati i rapporti frequenti ed ine-

vitabili che essi devono avere coi malati, e di più per il fatto che fino a qualche tempo fa la difesa del medico da questa malattia era difficile, non conoscendosi la via di trasmissione. È notevole l'osservazione fatta dal Gränz recentemente in una grande epidemia fra i prigionieri serbi, che tra il personale di assistenza di medici e di ufficiali ammalati non si ebbe nessun caso di infezione. A riprova del concetto unicista si possono citare i risultati ottenuti dal Nicolle a Tunisi dalla profilassi fatta contro il tifo esclusivamente mediante la lotta contro i pidocchi: in pochissimi anni i casi annui di tifo da 200 si sono ridotti a 3.

Tuttavia il Bertarelli di Parma propone *per prudenza* di rivolgere la profilassi prevalentemente contro i pidocchi, come se questi fossero il solo veicolo dell'infezione, ma di difendersi anche contro gli sputi (per es. con maschere respiratorie), come se questi possano pure trasmettere il contagio.

Anderson e Goldberger hanno sperimentalmente osservato che il *pediculus capitis* è capace anch'esso di trasmettere l'infezione. Si ritiene però che questa seconda via di diffusione ha importanza secondaria.

Per concludere intorno all'etiologia del tifo petecchiale, possiamo affermare che ormai è assodata per esso la principale e forse unica via di diffusione.

È ancora ignoto il vero agente patogeno del tifo esantematico.

È tuttavia molto probabile, per analogia con altre malattie, che si tratti di un protozoario. Vi sono prove sperimentali, come abbiamo più sopra ricordato, a dimostrazione che il germe infettante passa un periodo della sua vita nel sangue dell'uomo. Il Wenckebach ed altri hanno studiato gli organi ed il sangue con i migliori mezzi d'indagine senza pratici risultati. Gotschilch riscontrò nel sangue di 6 malati degli organismi mobili, piriformi, isolati od accoppiati nei globuli rossi. Sono stati descritti anche elementi liberi nel sangue, alcuni cistici, altri flagellati.

Il Lewaschew descrisse dei microrganismi in forma di cocchi cigliati circolanti nel sangue e forme di inclusione nei globuli rossi; in seguito però fu accertato da altri trattarsi di speciali alterazioni cellulari. In America sarebbe stato trovato il bacillo, e si sarebbe anche studiato un metodo di immunizzazione e di vaccinazione, ottenute inoculando la forma leggiera o malattia di Brill, molto diffusa negli Stati Uniti: e per provarlo, una Commissione sanitaria sarebbe già andata in Serbia. Ma ancora non si sa nulla di concreto o di pratico.

Ci siamo diffusi alquanto in questi problemi di epidemiologia per intendere tutta l'importanza che i pediculi possono avere nella propagazione del tifo fra le truppe combattenti. È evidente che fra i soldati ammassati in trincea per lunghi periodi di tempo la nettezza personale è facilmente trascurata, se non si avvistano tutti i pericoli che ne possono derivare. È di fronte ad una guerra che ci crea molteplici rapporti con austro-tedeschi, slavi ed altre popolazioni orientali, non dobbiamo chiudere gli occhi al perioclo di un ritorno del tifo esantematico nel nostro paese, come pare che sul principio abbiano fatto i tedeschi, a quanto afferma il Bertarelli, per spirito di partigianeria contro i francesi, a cui si deve la scoperta dell'importanza epidemiologica dei pediculi nel tifo. Egli osserva che il Jockmann (vittima in seguito anch'egli del tifo esantematico) nel suo recente *Trattato delle malattie infettive*, pubblicato dopo lo scatenarsi della guerra europea, tace dell'opera di Nicolle nel capitolo sul tifo petecchiale ed appena accenna alla trasmissione del contagio per via del pidocchio, omettendo del tutto di occuparsi della lotta contro i pidocchi quando parla della profilassi contro questa malattia! Si vuole che da principio i tedeschi abbiano ostentato una certa avversione al concetto della diffusione del tifo per mezzo dei pidocchi: e però si sono lasciati sorprendere anch'essi dall'epidemia tifosa, ed hanno avuto numerose ed illustri perdite di popolo e di scienziati (Prowazeck, Jockmann, ecc.). Se, come diremo più avanti, sapremo prendere a tempo, come già si comincia a fare, le migliori misure profilattiche fra i nostri soldati, mostreremo di avere appreso qualcosa dall'esperienza altrui.

*(Continua)* P. SABELLA.

---

Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico:*

PROF. G. RAIMOLDI

**I metodi per lo studio delle funzioni renali.**

Questa interessante pubblicazione riassume brevemente la tecnica di tutti i metodi di esplorazione funzionale, che sono stati man mano proposti ed applicati da numerosi sperimentatori e illustra in modo particolare i metodi più recenti quali la *costante di Ambard*, i *coefficienti di Martinet* e il metodo della *eliminazione provocata per mezzo della ftaleina.*

L'opera è altresì corredata dalle conclusioni tratte da un numero notevole di esperimenti eseguiti su individui normali e su malati.

Un volume in 8° di pag. VII-269, in commercio **L. 7,50**; per i nostri associati sole **L. 5**, franco di porto e raccomandato.

(7)

# SUNTI E RASSEGNE.

## PATOLOGIA.

### Le tonsille considerate come organo di eliminazione.

(A. GOUGET. *La Presse médicale*, n. 19, 1914).

Malgrado i numerosi lavori compiuti sull'argomento, non si può dire che sia risoluta la questione dell'importanza fisiologica e patologica delle tonsille.

Sappiamo che, per la loro struttura, esse sono veri organi linfatici analoghi ai gangli; ma, a differenza di questi, esse non sono circondate tutt'intorno da una capsula che le isoli dall'ambiente circostante; esse invece sono in contatto diretto con la cavità bucco-faringea. A questi loro rapporti speciali è stata rivolta la discussione, considerando le tonsille come organi d'assorbimento o come organi d'eliminazione, come porta d'entrata o come porta d'uscita.

Stöhr nel 1882 descrisse il fenomeno d'una emigrazione leucocitaria costante attraverso l'epitelio delle tonsille: i leucociti, attraversando il rivestimento epiteliale, produrrebbero delle piccole brecce o lacune fisiologiche. Riferendo a questa particolarità anatomica la frequenza delle infezioni tonsillari, numerosi AA. ritennero che le tonsille fossero la porta d'ingresso di gran parte dei germi infettivi.

Molti AA. hanno cercato di dimostrare sperimentalmente l'assorbimento di sostanze inerti o di germi patogeni attraverso la mucosa tonsillare. Goodale ha iniettato una sospensione di carminio nelle cripte delle tonsille; Henderson ha insufflato abbondantemente sulla superficie delle sostanze polverulente: ambedue hanno dimostrato la presenza di queste sostanze estranee nella profondità dell'organo. Ma queste esperienze furono condotte in condizioni che si discostano dalle condizioni naturali; ed inoltre altri AA. con gli stessi metodi non sarebbero riusciti ad avere gli stessi risultati positivi.

Lexer ha ripetuto queste esperienze adoperando delle culture batteriche, spennellandole o versandole a goccia a goccia nella cavità buccale o sulle tonsille. Ha avuto risultati negativi con stafilococchi e streptococchi raccolti da diversi ascessi. Adoperando culture molto virulente, i risultati furono negativi col pneumococco, debolmente e raramente positivi con lo stafilococco; con lo streptococco, Lexer ha avuto la morte rapida degli animali, ed ha ritrovato il germe nella tonsilla. Ma se soltanto una mezz'ora dopo l'infezione le culture dagli organi interni svelavano la presenza dello streptococco, il Lexer su 40 esperienze non ha potuto trovare questo germe nella tonsilla che dopo un'ora o più tardi. Perciò è a domandarsi se la penetrazione del germe nella tonsilla sia avvenuta attraverso la mucosa o per via sanguigna. Lexer ed altri AA. in casi analoghi infatti hanno potuto osservare che i germi infettanti sono più numerosi nel tessuto circostante, anzichè nell'interno della glandola stessa.

In conclusione i risultati delle ricerche sperimentali non sono favorevoli al concetto che le tonsille siano fra le principali vie di penetrazione degli agenti patogeni.

Più recente è la teoria che considera le tonsille come via d'uscita delle cause morbigene. Si possono ricordare alcune osservazioni sperimentali già antiche circa la presenza nelle tonsille di corpi estranei o di germi iniettati a distanza nel sangue. In un cane sagrificato 24 ore dopo un'iniezione d'indaco nella giugulare, Siebel ha riscontrato nella tonsilla la sostanza colorante in quantità notevole, e non soltanto nei leucociti, ma anche nelle cellule epiteliali.

Recentemente Federici ha praticato nei cani iniezioni endovenose di carminio o di cocciniglia finemente polverizzata, in sospensione nel siero artificiale; e ne ha trovato sempre il giorno dopo una certa quantità nelle tonsille, libera o inglobata nei leucociti o nelle cellule epiteliali. Gli stessi risultati ha ottenuto iniettando emulsioni di bacilli tubercolari sia nelle vene, come nella pleura o nel peritoneo. Egli ha concluso che le tonsille hanno l'ufficio, almeno in parte, di liberare il sangue dai corpi estranei e dai germi che vi possano essere pervenuti!

Gorke mette in dubbio questa proprietà, avendo osservato che di sostanza colorante si riscontra nelle tonsille in proporzioni minori che nel polmone, nei reni ed in altri organi. Le esperienze precedenti in conclusione sono lungi dal dimostrare la funzione depuratrice delle tonsille.

Molto più importanti sono le ricerche rivolte a studiare i rapporti di queste glandole col sistema linfatico.

Schönemann, paragonando la tonsilla ad un nodo linfatico, sostiene che la sua infiammazione deve provenire dal territorio linfatico afferente. Questa conclusione va d'accordo con alcune costatazioni cliniche. Non è rara la tonsillite come seguito a certe operazioni sul naso e ad alcune forme di corizza: questa complicazione, oltre che per propagazione per continuità della mucosa, è dimostrato che può avvenire per diffusione per via linfatica.

In parecchi infermi, Schönemann ha iniettato nella pituitaria soluzioni di iodio, ed ha sempre ritrovato questa sostanza nella tonsilla; ma qui si può obiettare per la rapida diffusione dei sali di iodio.

Lenart sperimentalmente ha iniettato nella mucosa nasale grani insolubili e 24 ore dopo li ha sempre ritrovati negli strati profondi delle tonsille. Henke ha ripetuto queste esperienze sugli animali, e poi anche nell'uomo. In soggetti che dovevano subire la tonsillectomia, e col loro consenso l'A. ha inietatto piccole quantità di nero animale sterilizzato in differenti punti della mucosa nasale. Da 6 ore a 6 giorni dopo ha praticato la tonsillectomia.

In generale, già dopo 24 ore, una gran parte del nero iniettato si ritrovava nella tonsilla, anche nella tonsilla del lato opposto a quello della narice iniettata. Gli spazi linfatici perivascolari contenevano numerosi grani neri, mentre questi mancavano del tutto nell'interno dei vasi. Estirpando la tonsilla parecchi giorni dopo, non vi si trovava più nulla. Numerosi esami microscopici hanno dimostrato che i grani di nero animale si eliminano in massa attraverso l'epitelio, cioè per la cavità bucco-faringea: si stabilisce una specie di corrente che trasporta le particelle nere verso la superficie della tonsilla. In un'altra serie di ricerche, Henke ha iniettato il nero animale nelle gengive della mascella superiore: ha ritrovato i granuli nelle tonsille, ma un po' più tardi, da 36 a 48 ore dopo.

All'esame istologico, pare che i granuli di carboni non siano trasportati dai leucociti, ma direttamente per la corrente linfatica verso il rivestimento epiteliale, di cui essi circondano le cellule per venire in superficie.

Per escludere completamente l'intervento dei leucociti, Henke ha eseguito delle esperienze sul cadavere. Iniettando numerosi grani di inchiostro di China nelle gengive superiori, li ha ritrovati negli spazi linfatici perivascolari e nelle maglie del rivestimento epiteliale. Sembra dunque trattarsi di semplice trasporto meccanico: la pressione dell'iniezione avrebbe fatto le veci della corrente linfatica.

Dopo queste ed altre esperienze, l'Henke ha concluso che la tonsilla, organo linfatico, rappresenta un filtro per la linfa che la percorre. I corpi estranei, i microbi possono esservi trattenuti e resi inoffensivi come nei nodi linfatici. Ma oltre a ciò, attraverso la suprficie libera della tonsilla, resa più ampia per la presenza di cripte più o meno profonde, l'organo elimina una parte degli elementi estranei che vi giungono per via linfatica.

L'Henke tende a ritenere che nella maggior parte delle tonsilliti l'agente infettivo non proviene dalla superficie della glandola, ma arriva ad essa per la via linfatica.

E così le angine del reumatismo articolare acuto, dell'endocardite, della setticemia, ecc., malgrado la loro comparsa iniziale, non starebbero a dimostrare di necessità la porta d'entrata dell'infezione nelle tonsille, poichè la penetrazione dell'agente infettivo avverrebbe nel più dei casi per la mucosa nasale, bucco-faringea, per la mucosa dei seni.

In fatto d'angine, come per l'appendicite, si è troppo esclusivamente pensato ad un'infezione d'origine cavitaria, trascurando di considerarne l'origine sanguigna o linfatica.

Tuttavia le esperienze di Henke non sono al riparo da ogni critica. Se l'angina fosse sempre dovuta ad un'eliminazione microbica, essa dovrebbe osservarsi nel corso piuttosto che all'inizio dell'infezione.

Forse questi concetti vanno tutti intesi in senso relativo e le tonsille forse hanno uguale importanza quali porta d'entrata e porta d'uscita dei germi patogeni.

P. S.

**Tonsilliti acute e subacute di origine ifomicetica.**

(A. CASTELLANI. *Ricerche di Biologia dedicate al prof. Alessandro Lustig*, ecc. Firenze, 1914, 109).

Sono vari casi legati a un ifomicete raramente patogeno.

Una ragazza singalese di circa 11 anni entra all'ospedale di Colombo con la diagnosi di difterite. Presenta placche bianche sulle tonsille, ugola e palato molle, ha 38°.9, polso frequente, non teso, tumefazione delle glandole linfatiche all'angolo della mandibola. Dopo l'ingresso all'ospedale insorse broncopolmonite che portò all'esito letale al 3° giorno.

L'esame microscopico e batteriologico delle placche della gola fu negativo per il B. di Klebs-Löffler; non si trovarono neppure altri batteri, invece si rinvennero numerosi elementi miceliali e di conidi di ifomiceti. Allestite numerose colture su siero di sangue e agar glicerinato non si ottenne lo sviluppo di alcun batterio, ma la vetegazione rigogliosa di un fungo, la *Monilia tropica*, descritta da Castellani in casi di *micosi bronchiale* (1905). Alla necroscopia il fungo fu trovato in grande quantità anche nei bronchi.

Un piantatore europeo entra nell'ospedale Kandy con febbre a 38°.3, forte dolore alla gola e

disfagia da due settimane, volto acceso, stato generale depresso. La voce è grossa e nasale, v'è scialorrea, dalle narici esce liquido bruniccio.

I muscoli del collo sono rigidi, le glandole sottomascellari ingrossate e dolenti. Il paziente non può aprire largamente la bocca, la lingua è secca e fortemente patinosa, il palato molle tumefatto. Sulla tonsilla palatina sinistra, sul pilastro anteriore omonimo e sul velo s'osservano delle membrane grigiastre. Il giorno stesso si fa un'iniezione di siero antidifterico (2000 U. I.) e si prescrivono gargarismi di acqua ossigenata. Nei quattro giorni seguenti le condizioni generali migliorarono, essendo tuttavia ancora evidente la membrana grigiastra sulla tonsilla e sul pilastro anteriore di sinistra; dopo dieci giorni il paziente viene dimesso.

Nei preparati allestiti dal tampone strisciato in faringe non si rinvennero bacilli, v'erano pochi cocchi e numerosi grossi miceli. Nei tubi di siero di sangue, di agar glicerinato non si ebbe alcuno sviluppo di B. difterici, invece sviluppò un fungo, che ebbe rigoglio sui terreni maltosati e glucosati.

Nei preparati recenti si vedono numerosi conidi rotondeggianti e grossi segmenti miceliali. Il fungo si sviluppa bene sui terreni al glucosio e al maltosio; le colture in agar glucosato e maltosato hanno un colore leggermente brunastro, la superficie uno speciale aspetto rugoso. Lo sviluppo sui terreni solidi rassomiglia moltissimo a quello della *Monilia rugosa Castellani* e alcuni suoi caratteri biochimici sono comuni alla *M. rugosa* trovata dal Castellani in un caso di micosi bronchiale.

Terzo caso: una signora europea, di 22 anni, si è ammalata improvvisamente con dolore di gola, che fa sospettare al curante la difterite. Temperatura 38°.3, polso 98, difficoltà e dolore nella deglutizione; entrambe le tonsille palatine e l'ugola sono ricoperte da placche bianco-giallastre. Allestiti dei preparati si trova una grande quantità di microorganismi simili a saccaromiceti e pochi cocchi; non bacilli. Il fungo cresce in coltura pura sull'agar glucosato con tutti i caratteri della *Monilia*. Il latte con laccamuffa viene leggermente acidicato e poi completamente decolorato; la gelatina e il siero non vengono fluidicati; sul siero si forma, intorno al punto di sviluppo, una stretta zona di scoloramento nero. Per questi e altri caratteri, questo fungo è identico, dal punto di vista colturale, alla *Monilia Lustigi*, trovata nel 1905 da Castellani in campioni di the.

Casi di micosi cronica delle tonsille, dovuti a *Nocardia*, a *Leptothrix* ecc. sono ben noti; ma da quelli ora riferiti appare che vi sono forme micotiche a decorso acuto, le quali determinano gravi tonsilliti, con sintomi locali e generali di tanta imponenza da poter venire scambiate per difterite, mentre sono legate a varie specie del genere *Monilia*.

G. BILANCIONI.

## TERAPIA.

### Bagni freddi e metodi rivali nel tifo.

(Prof. L. BERNARD. *Annales de Médecine*. Tomo II, n. 3, 1915, pagg. 291-310).

Su questa ancor dibattuta questione l'A. porta un buon contributo. Sembrava raggiunto l'accordo di gran parte dei medici sulla preferenza da accordare alla balneazione fredda nella cura del tifo (terapia ormai cinquantenne) quando son sorte recentemente delle obbiezioni a tal metodo, fino a farne temere i danni. Certo deve darsi anche un giusto valore ad altri sussidî terapeutici — ghiaccio sull'addome, acqua semplice o zuccherata per enteroclisi, urotropina, adrenalina, ecc. — che possono rispondere ad alcune indicazioni speciali, ma è innegabile che proprio dall'epoca in cui si è diffuso l'uso dei bagni freddi, sono pressochè scomparse nella pratica corrente quelle gravi forme cliniche descritte dagli antichi autori, sopratutto le cosidette forme putride che sembra fossero così comuni: e si ha la controprova di ciò nel fatto che proprio là dove per peculiari circostanze di luogo non è possibile praticare sistematicamente i bagni, si ritrovano queste gravi forme.

Per converso è innegabile il miglioramento evidente che si constata anche nei malati più gravi, appena si inizia la balneazione fredda, e non per una semplice azione antipiretica, la quale spesso è scarsa e fugace, ma per una favorevole influenza su tutte le reazioni del malato all'infezione tifosa: nè si deve dimenticare che bene spesso gli stessi infermi gradiscono e desiderano il bagno *ben fatto*, dal quale ricavano un benessere subbiettivo pari al miglioramento obbiettivo constatato dal medico.

Circa la *tecnica* è da osservare che non occorre far soffrire i malati dando loro un bagno troppo freddo (a 18° secondo il primitivo metodo Brand, 1867). È opportuno usare bagni a 25° e solo se i malati non li sopportino cominciare a 30° raffreddando poco a poco a 25° e praticare la diminuzione progressiva della temperatura iniziale dell'acqua nella serie dei bagni. Vi possono esser casi in cui sia opportuno scendere a 21° e perfino a 18°, o all'opposto altri in

cui per particolari complicazioni l'interesse del malato richieda bagni tiepidi ed anche caldi. I 25° gradi sono però la media da usare nella grande maggioranza dei casi, sia come temperatura iniziale, sia ottenuta col raffreddamento progressivo.

Presa la temperatura dell'infermo, questo deve esser portato evitandogli qualsiasi movimento attivo (vasca da bagno presso il letto, numero d'infermieri sufficiente) dolcemente nel bagno, a gambe distese, e gli si pratica un dolce massaggio su tutto il corpo eccetto che sul ventre, mentre con una spugna che viene costantemente immersa nella vasca stessa, si spreme l'acqua sulla testa dell'infermo al quale vien data nel contempo una bevanda calda. Il bagno si fa durare 5 a 10 minuti, secondo la temperatura più o meno bassa: il brivido iniziale si calma ben presto col massaggio e colla bevanda calda. Più tardi apparisce un nuovo brivido: allora si deve interrompere il bagno. In ogni caso, anche non sopravvenendo il secondo brivido, non deve protrarsi oltre 8 minuti un bagno a 25°. Se invece il malato è sempre scosso dal brivido, si lamenta e si fa cianotico, significa che si deve modificare la temperatura iniziale dei bagni. È ben raro che possa parlarsi di una assoluta intolleranza pei bagni.

Estratto dall'acqua, il malato va messo, colle stesse precauzioni di inerzia passiva, in una coperta di lana scaldata e distesa sul suo letto e ripiegata poi su di lui, lasciandovelo da 20 a 45 minuti finchè si produce la benefica reazione dell'organismo al bagno. Si toglie allora la coperta, si ricopre con lenzuolo scaldato, si friziona leggermente, completando l'asciugamento dei tegumenti, gli si fa indossare la camicia, il tutto con la massima dolcezza; solo dopo ciò può dirsi *completo* il bagno.

Si riprende allora la temperatura, che trovasi scesa di qualche decigrado fino a un grado e più.

La ripetizione dei bagni è subordinata non alla sola curva termica, ma alla gravità e al decorso della malattia. In genere è opportuno un bagno ogni 3 ore, nei casi gravi anche la notte: in ogni modo può ritenersi che 5 bagni nelle 24 ore è un minimo al disotto del quale è inutile usare la balneoterapia. L'acqua del bagno si rinnoverà almeno una volta al giorno oltrechè ogni volta che sia imbrattata dalle urine o dalle feci dell'infermo.

Gli *effetti* del bagno sulla temperatura sono variabili e in ogni caso passeggeri giacchè dopo 3 ore la temperatura ritorna all'incirca al punto di prima: il ritmo termico non si modifica e tutt'al più discende di un grado o poco più la curva termica dopo qualche giorno di bagni. La defervescenza febbrile non fa che seguire il miglioramento della malattia ottenuto con l'uso dei bagni. Non deve quindi la balneoterapia esser considerata un *antitermico*, come alcuni medici fanno.

Invece gli effetti patenti dei bagni si osservano sulle reazioni nervose del malato: nella maggioranza dei casi, dopo 3-4 giorni cessa il delirio, si calma l'agitazione, s'attenuano o scompaiono i fenomeni atassici (tremiti muscolari, sussulti tendinei, balbettamento, digrignamento dei denti), torna un po' di tono muscolare; l'infermo che era prima prostrato e in stato di *stupore* caratteristico (*tifoso*), s'interessa collo sguardo, col gesto, colla parola a ciò che lo circonda.

La fisonomia si modifica, le mucose s'inumidiscono, la lingua, i denti, la bocca si ripuliscono dalla fuliggine, insomma la malattia non è ancor vinta ma, per così dire, modificata, trasformata in una meno grave: effetti costanti se la balneazione fu applicata fin dai primi giorni di malattia.

Al pari però di quei difterici che resistono alla sieroterapia, v'hanno pochi tifosi che non migliorano in modo deciso e sicuro con i bagni ed occorre impiegare in tali casi anche altri sussidî terapeutici: ma in generale si osserva coll'uso dei bagni un miglioramento costante che si estende anche alle condizioni uropojetiche; infatti la diuresi aumenta e da poche urine scure, cariche di urati, albuminose, si ottengono dopo pochi giorni urine chiare, abbondanti (1 a 2 litri), poco o nulla albuminose.

Riassumendo dunque gli effetti *diretti* e *maggiori* del metodo dei bagni sono di sedare il sistema nervoso e di ottenere la diuresi.

Circa le *indicazioni* per il bagno, non è sufficiente il solo criterio della temperatura, giacchè questa non è sempre l'indice proporzionato alla gravità del male: occorre osservare se vi sia stato saburrale, prostrazione, lingua secca, urine scarse e albuminose, anche senza un vero e proprio stato *tifoso*, per convincersi che occorre una balneoterapia sistematica — non meno di 5 bagni al giorno, come si è detto — anche prescindendo dalla temperatura; e interrompendo solo quando vi è vera caduta termica coi segni dell'iniziata convalescenza. È inutile stabilire, come spesso si fa, il 39° o il 38°.5 come criterio per l'indicazione al bagno.

L'unico rapporto tra la temperatura dell'infermo e i bagni si riferisce al grado dei bagni stessi: infatti *il bagno deve esser somministrato a temperatura tanto più bassa quanto più alta è quella del malato*. Se 25° può ritenersi il

grado medio dei bagni, i casi iperpiretici (40°-41°) debbono esser curati con bagni a 21° e perfino a 18°, sia iniziale che ottenuto con raffreddamento progressivo.

*
* *

*Contro-indicazioni.* — A prescindere dalle forme tifoidi leggiere in cui può farsi a meno della balneoterapia, possiamo restringerle ai casi che esigono l'assoluta immobilità del malato (enterorragia, minaccia di peritonite, collasso cardiaco) ed a pochi altri.

Nell'*enterorragia* i bagni si devono sospendere e possono riprendersi solo 2 o 3 giorni dopo cessata l'emorragia: così pure può dirsi della *minaccia di peritonite* (periodo preperforante di Cushing) — e a più forte ragione in caso di peritonite conclamata — tornando ai bagni solo dopo che la minaccia di peritonite sia scongiurata.

Il *collasso cardiaco* richiede particolare attenzione: si osservi scrupolosamente lo stato della circolazione sia centrale che periferica, ricorrendo a bagni meno freddi (27° a 30°) e ad iniezione di canfora prima del bagno; ma quando vi sia vero collasso cardiaco non si insista e si attendano migliori condizioni permittenti.

La temperatura del bagno potrà esser anche innalzata (da 30° fino a 36° e persino a 38°) in presenza di complicazioni bronco-polmonari gravi, congestioni polmonari, sopratutto nei bambini: e così dicasi per le complicazioni meningee (o nello scoppio a tipo meningeo d'una febbre tifoide), tornando a bagni più freddi dopo scomparsi i sintomi meningei.

Invece devono usarsi bagni più freddi nei casi atasso-dinamici, con delirio intenso.

Le complicazioni renali fanno d'altronde restar dubbiosi: ma all'infuori dei casi, piuttosto rari, in cui vi sia una vera nefrite acuta grave con la sua sindrome (anasarca, ritmo di galoppo, ematuria, cilindruria, ecc.), l'albuminuria è così costante nel tifo che non può considerarsi come controindicazione alla balneoterapia; per effetto di questa anzi bene spesso l'albuminuria scema o cessa e la diuresi, come si è detto, migliora.

Le *lozioni* o i *lenzuoli bagnati*, se portano un certo benessere al febbricitante per il gradevole senso di fresco che gli procurano, non rappresentano che una parvenza di idroterapia ben inferiore alla balneazione fredda: possono in parte essere impiegati là dove siano contro-indicati i bagni, sebbene anche questi metodi non rispettino troppo l'immobilità assoluta. Potranno render qualche utile servigio nei casi leggieri dove non occorrono i bagni.

La *crioterapia*, nonostante l'entusiasmo di alcuni suoi recenti difensori, non può esser contrapposta alla balneazione giacchè, come vedemmo, quest'ultima non è un semplice antitermico come invece il ghiaccio applicato localmente, il quale d'altronde è indispensabile in tre circostanze: per complicazioni *addominali, cerebrali* o *cardiache*. Appena compaia meteorismo — che preannunzia complicazioni intestinali e sopratutto minaccia di perforazione e di enterorragia — la vescica di ghiaccio permanente sul ventre s'impone: a maggior ragione poi s'impone quando si siano sospesi i bagni per enterorragia o per minaccia di peritonite.

Nei casi con delirio grave, ipertermia, fenomeni atassici e d'eccitazione cerebrale, pur continuando la balneazione ed anzi abbassandone, come si è detto, la temperatura fino a 21° e 18°, si deve applicare la vescica di ghiaccio in permanenza sul capo, in modo che abbracci bene tutto il cranio e badando che resti bene in posto, il che non è sempre agevole a causa dell'agitazione dell'infermo.

E finalmente anche nelle complicazioni cardiache (miocardite, minaccia di collasso cardiaco) che possono controindicare i bagni, è utile ricorrere alla vescica di ghiaccio sulla regione cardiaca, senza però trascurare la sparteina, la canfora, l'adrenalina.

Il metodo detto *goccia a goccia* (introduzione nel retto di una soluzione tepida di glucosio in acqua al 5 %, a mezzo di sonda Nélaton, con robinetto socchiuso in modo da lasciar passare circa 60 goccie al minuto e cioè circa un litro in 3-4 ore) è certamente un buon coadiuvante — consigliabile del resto in ogni grave malattia infettiva — che risponde al bisogno di idratare l'organismo, ma incapace di ottenere da solo gli evidenti effetti della balneoterapia.

L'uso dei *metalli colloidali* nella febbre tifoide è ancora controverso.

L'*urotropina*, preconizzata quasi come specifico, può rendere solo utili servigi come medicazione accessoria sopratutto nelle complicazioni a carico delle vie biliari e urinarie ed è certamente preferibile a tanti altri antisettici intestinali così largamente impiegati per il passato.

L'*adrenalina* sia a gocce (20-60 al giorno), sia per iniezione ipodermica (1-2 milligrammi al giorno) è utilissma nei malati prostrati, con ipotensione, con polso più o meno dicroto, col primo tono un po' sordo: e forse ha pure una proprietà opoterapica, utile contro le alterazioni, pressochè costanti nel tifo, delle glandole surrenali.

Concludendo, il miglior trattamento finora noto del tifo è la balneazione fredda.

U. ROLANDI.

## MEDICINA SOCIALE.

### L'avvelenamento da tetracloretano.

(*The Lancet*, 13 marzo 1915).

Nello scorso anno, i giornali medici italiani riportarono in riassunto il lavoro del dott. Jungfer di Berlino (1) sull'avvelenamento da tetracloretano, constatato in alcuni operai di una fabbrica di aeroplani in Johannisthal. Non sarà fuor di luogo ricordare ancora brevemente quanto riferiva lo Jungfer. Nel dicembre 1913, in una fabbrica di aeroplani, quattro degli otto operai verniciatori occupati ammalavano di « ittero ematogeno » ed uno dei colpiti moriva. Gli operai, che lavoravano in una baracca di legno lunga m. 15, larga 11 ed alta circa 3 m. e mezzo, ma poco aereata, erano adibiti alla applicazione sulle ali degli aeroplani di una vernice, che più tardi risultò contenente oltre il 60 % di tetracloretano.

L'inchiesta venne affidata al professore Heffter ed al dottor Grimm, i quali, nelle conclusioni del loro rapporto, misero in chiara luce il pericolo che minaccia gli operai a contatto di questo nuovo solvente. I colpiti cominciano coll'accusare cefalea, inappetenza, dolori all'epigastrio ed all'ipocondrio destro e in breve tempo presentano una diffusa colorazione gialla della cute e delle mucose visibili. I dati raccolti dai predetti studiosi concordano nel riferire questi fenomeni all'azione del solvente usato: il tetracloretano.

Ma in questi ultimi tempi i casi gravi e mortali di avvelenamento fra gli operai delle fabbriche di aeroplani si andarono moltiplicando. In Inghilterra, nello scorso anno, se ne denunciarono oltre quindici casi, dei quali ben cinque mortali (2).

Dei casi studiati, i più gravi erano quelli osservati in operai che adoperarono la vernice a base di tetracloretano, ma non lievi furono anche quelli offerti da persone che lavorano nello stesso locale, anche a distanza notevole dal posto di applicazione della vernice. Fra i colpiti, nelle fabbriche inglesi, si trovavano tre donne (due in età di 17 anni ed una di 34), delle quali due vennero a morte. In tutte le fabbriche, il medico inquirente constatò che i vapori della vernice potevano svolgersi e sollevarsi nel locale, perchè nessun sistema di aspirazione era stato applicato. Willcox così riassume la sintomatologia dell'avvelenamento da tetracloretano. Per alcuni giorni, il colpito si lamenta di malessere generale, sonnolenza durante il lavoro, perdita dell'appetito, nausea, senso di costrizione in gola; facile stipsi; cefalea. In alcuni casi si osservarono disturbi intestinali. Dopo questi sintomi vaghi, che possono persistere anche per alcune settimane, si presenta una spiccata itterizia, con feci acoliche ed urine fortemente pigmentate. Il vomito che talora ricompare anche nel periodo prodromico diventa più insistente. Il colpito cade spesso in uno stato di confusione, di stupore, di delirio. In casi gravissimi si osservò ematemesi o convulsioni. Negli ultimi momenti emorragie ed anche anuria: morte in coma.

Se il colpito vien subito allontanato, nei primi momenti della malattia, il quadro è naturalmente più semplice e più benigno, ma l'itterizia non manca anche nei casi più leggeri. Nei casi con ittero intenso, la prognosi è riservata o addirittura infausta. Nei primi stadî della malattia il fegato appare un po' ingrandito; ma più tardi sembra ridotto. Nelle urine si trovarono quantità notevoli di pigmenti biliari, albumina in modica quantità, numerosi elementi renali (cilindri epiteliali, granulosi): non leucina, nè tirosina; non acetone, nè acido diacetico. L'A. mette in giusto rilievo: 1° la subdola comparsa dei sintomi; 2° la relativamente lunga durata dello stadio acuto, quando sopraggiunga una marcata itterizia: ciò che differenzia questi casi dall'atrofia giallo acuta del fegato; 3° l'assenza di uno spiccato movimento febbrile, che li differenzia dall'ittero infettivo (malattia di Weill); 4° l'assenza di anemia che li distingue da forme di avvelenamento per sostanze con forte azione emolitica, ad es. idrogeno arsenicale; 5° la marcata tonalità del colore itterico, più marcato che di solito non si osservi nei casi di avvelenamento da cloroformio. Willcox ammette che questo ittero sia del tipo tossiemico o emoepatogeno di Rolleston e che questo tipo speciale di sintomi si debba distinguere da quelli sostenuti da veleni del fegato finora descritti.

Non è improbabile che in tutto questo giochi un ruolo molto importante la quantità del veleno; ma è certo che l'organismo è molto sensibile a dosi anche piccolissime della sostanza incriminata. E questa sensibilità aumenta straordinariamente sopratutto di fronte a dosi subentranti, anche se molto piccole. Dal rapporto del prof. Heffter sull'avvelenamento sostenuto come si è detto da vernici contenenti un più elevato percento di tetracloretano, risulta che la figura clinica si può riportare a due tipi: uno rappresentato da fenomeni gastro-enterici ed epatici, come quelli osservati in Inghilterra; l'altro da

(1) In *Zeitschrift für Gewerbehygiene*, 1914, pag. 222.

(2) W. H. WILLCOX, in *Lancet*, 13 marzo 1915.

fenomeni in prevalenza nervosi e precisamente da tremore, cefalea, dolori nelle membra, stupore, formicolio nelle estremità, sudorazione profusa, ecc. Le ricerche sperimentali poi accertarono l'azione narcotica della sostanza che, a parità di peso, sarebbe 2-8 volte maggiore di quella del cloroformio, ma non vennero disgraziatamente condotte a termine le ricerche collaterali che si devono esperire all'autopsia degli animali in esperimento.

***

Fin qui i dati raccolti dagli studiosi, incaricati dai singoli Governi di studiare i gravi fatti osservati nelle diverse fabbriche di aeroplani. Di fronte alla gravità dei casi accertati, le autorità tedesche hanno subito proibito l'impiego delle vernici a base di tetracloretano; in Inghilterra, si tende invece a regolarne piuttosto l'impiego, prescrivendo rigorose norme di igiene (aspirazione dei vapori, ecc.).

Questo avvelenamento, osservato nelle fabbriche di aeroplani, deve richiamare l'attenzione degli studiosi di igiene industriale e delle competenti autorità, perchè risulta sostenuto da una sostanza di recente lanciata sul mercato industriale e che ha un larghissimo campo di applicazione come sostituto dei solventi oggi più in uso. È noto che i solventi più comunemente adoperati sono l'etere solforico, il solfuro di carbonio, la benzina ed il benzolo, sia per sciogliere resine, colori, lacche, ecc., ma principalmente la cellulosa, sia nell'industria della seta artificiale, degli olii, dei grassi, dei saponi, ecc., sia per smacchiare, pulire (industria meccanica, poligrafica, tintoria, ecc.). Già da tempo l'industria chimica aveva messo in commercio e con successo un sostituto della benzina che aveva il vantaggio non indifferente di essere ininfiammabile: il tetracloruro di carbonio (derivato dal metano, colla formula $CCl_4$), poco accetto però agli operai per il suo odore molto intenso e perchè attacca alcuni metalli. Ma in questi ultimi anni, i ricordati solventi hanno avuto un temibile concorrente in un altro o meglio in una serie di solventi, derivati alogenati (clorati) dell'etano e dell'etilene. Di passaggio, sarà bene ricordare qui che tanto l'A. tedesco come l'inglese chiamano indifferentemente queste sostanze «derivati dell'etano o dell'etilene», ciò che non è perfettamente esatto. Perchè: dicloruro ($C_2 H_2 Cl_2$), tricloruro ($C_2 H Cl_3$), percloruro ($C Cl_4$) di etilene derivano dall'etilene o etene — $C_2 H_4$ —: sono liquidi a forte potere solvente, con leggiera volatilità, eccellenti solventi del cautciù, e sopratutto indicati per l'estrazione dei profumi. Mentre il tetracloruro di etano ($C_2 H_2 Cl_4$) o tetracloretano, il pentacloruro ($C_2 H Cl_5$) e l'esacloruro ($C_2 Cl_6$) sono derivati alogenati dell'etano ($C_2H_6$). I primi due sono liquidi, con proprietà molto simili a quelle dei derivati dell'etilene; l'esacloruro invece è un corpo solido, con un odore che ricorda quello della canfora e che trovarebbe utile impiego nella industria degli esplosivi e della celluloide. A tutti è comune la importante proprietà di essere incombustibili, inesplosivi, ininfiammabili, di bollire a bassa temperatura e di poter essere facilmente ricuperati e senza perdite sensibili, distillandoli dopo il loro impiego.

Contemporaneamente l'industria chimica cercava di sciogliere il problema di ottenere un sostituto della nitrocellulosa, oggidì largamente impiegata in molteplici industrie, nonostante i ben noti e gravi pericoli di scoppio, di incendio. E di recente, essendo la tecnica industriale riuscita a fissare nella cellulosa il gruppo acetil invece del gruppo nitroso, otteneva un altro etere cellulosico: l'acetilcellulosa. Gli acetati di cellulosa si fabbricano oggidì sciogliendo la cellulosa in un miscuglio di acido e di anidride acetica, in presenza di un agente condensante, che può essere l'acido solforico od uno dei suo derivati. Si precipita quindi la massa coll'acqua, si lava, si essicca, ottenendo l'acetato di cellulosa utilizzabile pel commercio. Questa sostanza può sostituire la nitrocellulosa in tutte le industrie e lavorazioni nelle quali venne finora impiegata e cioè come materiale plastico, perchè può essere segata, forata, lisciata, lavorata al tornio, incollata, ecc., imitando l'avorio, il corallo, l'ambra, il corno, il marmo, ecc., e di conseguenza nelle industrie molteplici degli oggetti di toilette, articoli per fumatori, coltellinerie, spazzole, giocattoli, fiori artificiali, rivestimenti protettori, vetri, occhiali e sopratutto nell'industria delle film fotografiche, nella impermealizzazione delle tele, dei tessuti, dei cuoi, come isolante al posto della mica, dell'ebanite, del caoutciù, nella fabbricazione della setà artificiale, di lacche, vernici, ecc.

Ora questa sostanza, che indubbiamente sulla nitrocellulosa presenta innegabili vantaggi, è, è vero, solubile nell'acido acetico, nel cloroformio, nell'acetone, nell'acetato di amile, ma pare lo sia più e meglio sopratutto nei solventi che abbiamo sopraricordato e specialmente nel tetracloruro, pentacloruro d'etano e nel dicloruro d'etilene. Anzi nella fabbrica degli aeroplani — a detta dei tecnici — il tessuto che costituisce l'ala esigerebbe come solvente della vernice a base di acetilcellulosa solamente il tetracloretano, perchè solo con questi due prodotti si può avere una lacca che impermeabilizzi la tela delle ali senza ricorrere alla gommatura

che in passato si faceva applicando delle foglie di cautciù.

Leggendo attentamente le relazioni tedesca ed inglese si è indotti a pensare che si voglia far questione di «quantità di tetracloretano» nella soluzione, perchè si tende a mettere in evidenza come le vernici usate in Inghilterra, col nome commerciale di «aeroplane dope» contenessero un percento di solvente 15-25 % di molto inferiore a quello accertato per le vernici tedesche «Aviatol» e «Quittners Emaillit» (40-60 %). Inoltre si ricorda come la vernice francese, conosciuta col nome di «Novavia», pare non contenga più del 15 % di tetracloretano e non abbia dato luogo finora ad inconvenienti.

Corollario pratico è la necessità di sorvegliare attentamene l'impiego nelle industrie di questi nuovi solventi e di esaminare, caso per caso, la opportunità o la necessità di dettare rigorose norme di protezione per gli operai che li impiegano .Ma di fronte alla gravità eccezionale dei fatti accertati nella fabbricazione degli aeroplani non è forse condannabile la proibizione assoluta emanata dalla autorità tedesca, visto poi che le vernici a base di acetilcellulosa possono essere preparate con altri solventi meno tossici del derivato alogenato dell'etano.

DOTTOR ELCE.

# IGIENE.

## I primi risultati della vaccinazione antitifica nei militari della R. Marina in Taranto.

G. TACCHETTI
Colonnello medico - Direttore di sanità.

Ci sono state gentilmente favorite le bozze di stampa della seguente nota, la quale è destinata al fascicolo VI degli *Annali di medicina navale e coloniale.*

Serpeggiava in Taranto, fino a quattro mesi or sono, fra i militari dell'Armata, l'infezione tifica, che, ad onta delle raccomandazioni e delle misure profilattiche, più volte ripetute ed ordinate, non si riesciva a sradicare; anzi, in alcune epoche si risvegliava con maggior diffusione e gravità, dando spesso esiti letali; e ciò indipendentemente dal numero scarso od abbondante di militari residenti a bordo o a terra in questa Piazza marittima.

Ora, da quando la profilassi della inoculazione di vaccino antitifico è stata resa obbligatoria (gennaio 1915) (1), e generalmente applicata a tutto il personale della R. Marina, non si è più osservato un sol caso di tifo fra i nostri militari qui presenti. Questo dato di assoluta certezza, risultante sia dalla registrazione negativa nei quaderni di visita dei reparti, sia dal mio personale accertamento, è oltremodo importante e confortante per l'avvenire: importante perchè, finalmente, si è giunti a trovare il modo per prevenire e quindi combattere la sempre temibile infezione; confortante perchè, con gli ulteriori progressi della scienza, si giungerà a render sempre più agevole e duratura negli effetti la benefica iniezione profilattica.

(1) Dal luglio 1913 era soltanto facoltativa.

Ora sembrerebbe prematuro proclamare ai quattro venti il risultato della scomparsa del tifo fra la nostra gente, poichè essa potrebbe attribuirsi o ad una semplice sosta dell'infezione, o al fatto che dal 23 maggio u. s. — cioè dalla nostra entrata in guerra — tutta la gente imbarcata è rimasta consegnata a bordo, e quella destinata a terra deve rientrare in caserma al tramonto. Ma quando si pensi che i casi di tifo son venuti man mano diminuendo, prima di quest'epoca, fino a scomparire del tutto verso la fine di marzo, è d'uopo concludere che, a misura che la vaccinazione antitifica si compieva, veniva diminuendo la possibilità di attecchimento dell'infezione, fino a che questa — pur non essendo cambiate le abitudini di nostra gente — è effettivamente scomparsa.

A comprova di ciò riporto il seguente specchietto, facendo presente che, dall'agosto 1914 in poi, molte navi dell'Armata italiana si sono trovate nelle acque di Taranto.

*Casi di infezione tifica.*

| Mesi | Anni | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1912 | 1913 | 1914 | 1915 |
| Gennaio | 3 | 3 (*1*) | — | 13 |
| Febbraio | 4 | 1 | 1 | 7 |
| Marzo | 6 | 5 | — | 3 (*1*) |
| Aprile | 8 (*1*) | 2 (*1*) | 1 | — |
| Maggio | 8 | 4 | 1 | — |
| Giugno | 5 (*1*) | 5 | — | — |
| Luglio | 13 | 4 (*1*) | 3 | 1 |
| Agosto | 1 | — | 3 | .. |
| Settembre | 1 | 2 (*1*) | 4 (*1*) | .. |
| Ottobre | 1 | 3 (*1*) | 4 | .. |
| Novembre | 2 (*1*) | — | 5 | .. |
| Dicembre | 1 | 1 | 4 | .. |
| Totali . . . | **53** (*3*) | **30** (*5*) | **26** (*1*) | **23** (*1*) |

*Avvertenze.* — Il 3 gennaio 1915 venne emanato il Decreto legge che rendeva obbligatoria la vaccinazione antitifica. — Per i militari della R. Marina. praticamente, la vaccinazione venne appena iniziata ai primi di febbraio. — I numeri in corsivo e fra parentesi rappresentano militari del R. Esercito, compresi nel totale in nero.

Da questa tabella risulta dunque che, compiuta la vaccinazione, non si ebbero più tifosi ad eccezione di uno ricoverato ai primi del mese di luglio. Ma costui risulta non vaccinato e viene perciò ad offrirci la controprova degli effetti benefici di questa pratica profilattica. Altra controprova è questa: nel mese di giugno e di luglio furono accolti altri due tifosi in persone di marinai delle navi inglesi qui presenti; anche costoro risultano non vaccinati, e lo scrivente in base a questi casi ha creduto di consigliare ai colleghi stranieri di praticare l'inoculazione ai loro equipaggi.

Si può, dunque, oggi, 30 luglio 1915, asserire che, compiuta o quasi la vaccinazione antitifica, il tifo è scomparso in questa Piazza marittima, fra la gente della R. Marina.

E, nell'affrettarmi a segnalare, con somma compiacenza, un dato di fatto cotanto importante, mi sia lecito far rilevare, che non è piccolo merito delle nostre superiori autorità sanitarie (1) (che intensamente e tenacemente vollero applicata la salutare e moderna profilassi contro il tifo in tutti i militari) di aver superato ogni ostacolo frapposto dai misoneisti, dai pavidi, dai trepidi, dagli inerti, e di aver vinto.

Ad essi vada il plauso e la gratitudine della nostra Marina, la quale vedrà, se forse non interamente distrutta, per certo ridotta ai minimi termini questa causa di malattie e di morti fra i proprî equipaggi.

Taranto, 30 luglio 1915.

(1) I generali medici Calcagno e Rho della R. Marina, per la cui iniziativa la questione venne portata al Consiglio superiore di sanità del Regno, che diede parere favorevole ed invitò il Governo a provvedere d'urgenza.

## Lo sperpero nell'alimentazione dei soldati.

(*British Medical Journal*, 10 luglio 1915).

Riassumiamo brevemente questo *leading article* del magno giornale medico londinese, che dimostra come anche nell'opulenta Inghilterra la questione di un meno prodigo funzionamento delle sussistenze militari si imponga nelle attuali circostanze.

Recentemente il cancelliere dello Scacchiere della Camera dei Comuni ha parlato eloquentemente sul dovere incombente su tutti i cittadini di praticare una rigida economia, poichè, anche nelle private amministrazioni, lo sperpero non è cosa da prendersi alla leggera. Altri membri del Parlamento, allargando la discussione, hanno rilevato che neanche le amministrazioni pubbliche vanno esenti dalla taccia di prodigalità. La stampa pure ha predicato dovunque l'opportunità di economie pubbliche e private, massime a proposito dell'alimentazione.

Il *British Medical Journal* muove ora alcune critiche alla razione del militare britannico, facendo rilevare che, anche colla razione di pace, si distribuisce a ciascun individuo una libbra di carne (la libbra inglese è di 453 grammi e mezzo); orbene, egli dice, a prescindere da ogni altra considerazione, non è ammissibile che un individuo anche abituato a consumare una libbra di carne nella stagione invernale, consumi la stessa quantità in estate. Senonchè, molti soldati inglesi (gli ammogliati, per esempio, che sono assai numerosi) prendono la razione in contanti e cambiano il regime a loro piacimento, anzi vi fanno sopra anche delle economie; altri poi vendono addirittura una parte degli alimenti loro somministrati, con questo risultato: che l'insieme delle provviste e delle spese fatte dall'Intendenza per le sussistenze non è in realtà impiegato come sarebbe giusto dovesse avvenire.

Il soldato dunque o impiega una parte della razione in contanti per altri scopi, o ne vende una parte; oppure sciupa il superfluo buttandolo nei rifiuti. Che quest'ultimo caso sia pure frequentissimo, dice il giornale medico britannico, ognuno può verificare visitando i dintorni degli accampamenti, in cui si istruiscono e si allenano attualmente gli eserciti reclutati da lord Kitchener. Basta un esempio, per comprendere ciò che ivi accade.

È una bazza per le fattorie agricole dei dintorni, le quali fanno grandi allevamenti di maiali e li nutrono coi rifiuti dell'accampamento. Ecco cosa il redattore ha trovato in un truogolo-mangiatoia di quei porci: in una massa nauseabonda di altri rifiuti alimentari vide questi galleggianti: un pezzo di formaggio del peso di mezza libbra; un grande pezzo di prosciutto; parecchie pagnotte di pane, senza parlare di numerose patate ed altri rimasugli di ogni specie. L'articolista calcola che tutta quella roba originariamente avrebbe potuto bastare al nutrimento di un adulto per parecchi giorni e fa la melanconica riflessione che i truogoli di ciascuna fattoria si contano a dozzine e che le fattorie che si valgono di tali risorse sono centinaia. E chiude la sua palinodia così « è una triste ironia che, mentre i prezzi delle derrate alimentari continuano a salire, e mentre i ministri in coro esortano la nazione ad ogni sorta di parsimonia ed il Governo nomina commissioni per studiare i migliori mezzi di rifornimento dei viveri, in lungo e in largo, da nord a sud, avvengano gli sperperi sopra segnalati ». E, dopo

qualche altro aneddoto condito di piccante *humour* all'uso inglese, finisce con queste parole: «i medici che hanno esercitato o esercitano la loro professione nei più poveri quartieri di Londra o di altre grandi città e che quindi ne conoscono le miserie, rimarranno colpiti dal contrasto di questo scialacquo, e converranno con noi che urgono misure intese a ridurre al *minimum* così grande male dell'amministrazione militare».

*
* *

Ogni paese ha le sue abitudini alimentari e tutto è relativo; ma il male lamentato in Inghilterra esiste, sebbene in minor scala, anche presso di noi, poichè diamo ai nostri soldati 375 grammi di carne al giorno, mentre la fisiologia e l'igiene dicono che 200-250 grammi sarebbero più che sufficienti, e costituiscono già una quota, che nell'immensa maggioranza essi non hanno mai consumato, nè consumeranno mai più, allorchè ritorneranno alla vita civile ed ai loro duri lavori delle miniere, delle costruzioni ferroviarie, delle officine e delle campagne. E si ricordi che il lavoratore italiano, amante dei farinacei, ma in sostanza parco nel cibo e quasi vegetariano, è il primo e il più resistente lavoratore del mondo. F. RHO.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## Adenite inguinale da sforzo

per il dott. ROSARIO SACCO.

La grande quantità delle adeniti, che vengono curate annualmente mi hanno offerto il campo di poterne studiare la etiologia e di avvicinarmi alla spiegazione di alcune domande, che casi clinici speciali mi hanno suggerito.

È risaputo che la infiammazione acuta suppurativa delle glandole linfatiche è determinata dai comuni germi della suppurazione e che le vie dei piogeni sono: o focolai suppurativi delle vicinanze, oppure quelle piccole escoriazioni della cute, attraverso alle quali i germi possono farsi strada per andare a fissare la loro sede di distruzione nelle glandole viciniori. Una percentuale non indifferente viene richiesta dalle adeniti a localizzazione prevalentemente inguinale.

I vasi linfatici degli arti inferiori derivano dal piede e, paralleli alla vena safena *major,* vanno a sboccare nei gangli della regione inguinale; quivi confluiscono pure i linfatici dei genitali esterni e quelli della dorsa; decorrendo i primi pel monte di Venere ed i secondi trasversalmente.

I gangli linfatici hanno forma glodosa od ovoidale e sono rivestiti da una capsula connettivale di vario spessore. Da questa capsula partono verso l'interno del ganglio parecchie gittate, le quali s'intersecano fra di loro, circoscrivendo degli spazi in modo che la sostanza glandolare viene ad essere divisa in numerose trabecole.

Tutta la sostanza glandolare può essere divisa in una porzione midollare ed in una corticale. Nella porzione corticale si trovano abbondanti i follicoli linfatici, che si continuano nella porzione midollare coi cordoni linfatici. Tanto i follicoli quanto i cordoni linfatici risultano di un conglobato di elementi linfoidi (linfociti piccoli mononucleati) sostenuti da uno stroma di connettivo adenoideo. I vasi sanguigni, insieme ai vasi linfatici efferenti penetrano dall'ilo nella glandola e si insinuano nei follicoli e nei cordoni linfatici.

Dalle poche note di anatomia esposte, chiaramente viene spiegata la via di propagazione, che può seguire una infezione e l'insorgere di una adenite acuta nelle glandole inguinali, quando un contagio venereo esista nelle parti genitali, o quando qualche altra lesione, sviluppata sulla superficie dell'arto inferiore provochi una invisibile linfangioite (unghia incarnata, eczema, spellatura da calzatura, ecc.). Il loro modo di formazione non ammette dubbi. La virulenza dei germi, prima, e la vicinanza del focolaio infettante, poi, ai plessi linfatici, ci costruiscono lo svolgersi della infiammazione delle glandole linfatiche del territorio stesso. Ma vi sono dei casi, in favore dei quali nessuna altra apparente spiegazione etiologica ci è venuta ad illuminare, se si eccettua quella riferita dai pazienti, che l'adenite è venuta su in seguito ad uno sforzo esagerato e ripetuto.

I. — G... I... Nulla da rilevare nel gentilizio. Non ha mai sofferto malattie veneree. Riferisce, che in seguito ad una corsa sostenuta per fermare un ladro, incominciò ad avvertire dolore nell'inguine destro e rilevò che una glandola linfatica era aumentata di volume.

È individuo di ottima costituzione organica con nutrizione generale molto ben conservata.

All'esame obbiettivo nella regione inguinale destra presenta una tumefazione grossa quanto un uovo di gallina con margini indecisi e coperta da cute arrossita ed edematosa. Al minuzioso esame del territorio irrigato dai linfatici corrispondenti non si potè rintracciare nessuna — anche minima — lesione, che fosse apparsa come porta d'entrata dei germi piogeni.

È da notare, che all'infermo, alcuni giorni prima della corsa, era stato inciso un grosso foruncolo sul dorso. Viene praticata la oncotomia.

II. — C... D... Non riferisce precedenti morbosi ereditarî degni di nota. Non si è mai contagiato di malattie veneree. Assicura che in seguito a parecchi salti eseguiti nell'istruire alcuni dipendenti, gli comparve nell'inguine destro una piccola tumefazione, dolente alla pressione. In cinque giorni ingrandì tanto, da richiedere l'intervento del chirurgo. Furono inutili le cure apprestate per fare regredire l' « ingrossamento ».

Individuo di ottima costituzione con nutrizione generale vantaggiosa.

All'esame obbiettivo nella regione inguinale destra si nota una tumefazione, grossa quanto una mezza mela, con cute arrossita ed edematosa, fluttuante. Viene incisa con fuoruscita abbondante di pus.

Non si è riscontrata alcuna lesione nel territorio linfatico. Il D... presenta il collo fasciato per un foruncolo, che gli fu inciso proprio cinque giorni prima, che si fosse presentato alla visita.

In simili casi quale spiegazione può venire in nostro aiuto? Davanti alle nostre domande, rivolte all'ammalato, troviamo insistente il movente etiologico dello sforzo, in seguito al quale è avvenuta la infiammazione.

A prima vista sembrerebbe superflua una considerazione al riguardo, perchè siamo abituati a pensare in simili occasioni alle linfadeniti, che venivano chiamate idiopatiche e che spieghiamo con l'attribuire la lesione alla penetrazione dei bacilli di Koch nella glandola affetta. Sarà vera la nostra asserzione quando il soggetto gracile è individuo linfatico, quando l'infiammazione presenta decorso lento, per non dire cronico, o quando altre lesioni della stessa natura si riscontrano in organi, che abitualmente vengono offesi dal male, ma in individui validi, robusti e con nutrizione vantaggiosa, l'insorgere dell'adenite, con tutti i caratteri dell'infiammazione acuta, in seguito a sforzo, ci spinge a nuove ricerche.

Per questo, nella mancanza delle lesioni *in loco* e delle suppurazioni vicine, all'oculatezza del sanitario non dovrà sfuggire l'esame attento di tutta la superficie del corpo. Vi si troverà, di certo, qualche focolaio di flogosi dal quale, dobbiamo pensare, siano partiti i germi che hanno dato la adenite acuta. Per interpretare la formazione del processo flogistico nei casi come quelli riportati dalle storie cliniche esposte, dobbiamo considerare, che lo sforzo od il trauma nei territori linfatici abbia determinato il maltrattamento della parte, abbia costituito il *locus minoris resistentiae* adatto ed abbia dato luogo al *pabulum* necessario per lo svolgersi della vita dei microrganismi. Esperimenti di laboratorio che convergono ad analogo risultato possono servirci di guida nella nostra opinione. Becker ed Ullmann osservarono osteomielite acuta tipica, allorchè in animali di esperimento iniettarono sottocute culture di piogeni e dopo contusero o fratturarono un osso lungo. Gli stessi risultati ebbero Lexer e Canon con le iniezioni pure di stafilococchi piogeni aurei. Ora, come la spiegazione di questa lesione provocata è da concepirsi in tal guisa, che dai punti infettati siano entrati in circolazione i microbi e trasportati dal sangue siano rimasti a svilupparsi nella parte lesa, così è da ritenersi che l'adenite è dovuta agli agenti flogogeni, entrati in circolazione, che sono stati attratti positivamente nel luogo deteriorato dallo sforzo (trauma).

Avverrebbe, quasi, quello che le osservazioni cliniche ci mostrano, che dalle suppurazioni localizzate si originano le metastasi, specialmente quando esista una sicura debolezza della parte nuova infetta (Rinne). L'adenite da sforzo o traumatica, dunque, sarebbe determinata dai microrganismi flogogeni messi in giro dalle vie sanguigne o linfatiche, mentre che lo sforzo traumatizzante ne costituirebbe la vera causa determinante.

BIBLIOGRAFIA.

TILLMANNS. Patolog. Diagn. Chirurgica.
DE GAETANO. Patolog. Chirurgica.
VIRGALLITA. Giornale Medic. Milit., 1912.
HETZMANN. *Atl. anat. umana.*
TESTUT. Anat. umana descrit.
BERNABEO. Diagnostica chirurgica.
FIORITO. Ann. Medic. Navale, 1911.

Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico*:

PROF. L. FERRANNINI

**Docente di patologia e clinica medica nella R. Università di Napoli**

# Manuale di Semeiologia

## Medica, Fisica e Funzionale

2ª edizione, riveduta ed ampliata con prefazione del prof. G. Rummo

SOMMARIO. LA STORIA CLINICA — SEMEIOLOGIA FISICA GENERALE — *Semeiologia dell'apparecchio respiratorio — Id. dell'apparecchio circolatorio — Id. dell'addome — Il. dell'apparecchio digerente — Id. dell'apparecchio urinario — Id. del sistema nervoso — Id. del sangue — Id. del ricambio materiale.* — Volume in 16° grande, di 490 pagine, con 108 figure intercalate nel testo, rilegato in piena in tela inglese, **L. 7.** Per i nostri associati sole **L. 5,25** franco di porto e raccomandato.

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Riunione dei chirurgi militari tedeschi a Bruxelles.

(REFER. *Münch. mediz. Wochenschr.*, aprile 1915).

### IV. — *Ferite del torace.*

Prof. SAUERBRUCH. — Su 22,145 feriti ha osservato 836 lesioni da arma da fuoco del torace (30 %, di cui l'A. non tiene conto, erano morti sul campo di battaglia). Importante è la distinzione anatomica tra ferite da proiettili di fucile, che tendono a decorrere bene, e ferite da granata e shrapnel, con forte strappamento dei tessuti; come è interessante la questione della entità dell'emorragia: in alcuni casi questa è primariamente mortale; si hanno, ma non frequentemente, emorragie secondarie dalle aa. mammaria interna e intercostali. Hanno maggiore importanza le emorragie polmonari, le quali hanno di solito prognosi migliore, per ciò che riguarda il pericolo di un'anemia acuta che per i possibili effetti meccanici concomitanti: solo in rari casi però è necessaia la puntura, per ovviare agli effetti di forti spostamenti provocati da un'emorragia abbondante. È necessario pensare alle emorragie secondarie, che talora, in casi anche di ferite leggere, provocano dopo 2-3 settimane la morte. Per la prognosi è di grande interesse sapere se, e quanto, fu lesa la pleura. Gravi, anche immeidatamente, sono le ferite ampie della pleura con pneumotorace aperto; al contrario lo pneumotorace chiuso, con piccoli forami d'ingresso e d'egresso, non è pericoloso; anche l'infezione è più da temersi, quando la pleura è ampiamente lacerata. Le ferite della *parete toracida,* se da fucile e senza lesione pleurica, guariscono di solito da per loro; se da granata, la prognosi è di solito buona, ma è necessario ripulire la ferita, regolarizzarla, tamponarla; se v'ha pneumotorace aperto, bisogna anzitutto trasformarlo in chiuso, il che però non garantisce dal propagarsi dell'infezione. Negli ultimi tempi ha operato con vantaggio in alcuni casi col suo metodo della differenza di pressione. Ha avuto occasione di operare solo 2 casi con lesioni cardio-mediastiniche; nell'uno, con grave emorragia secondaria, che non cedeva al tamponamento, e con mediastinite putrida, fu suturata una lacerazione del tronco anonimo, ma il paziente morì d'infezione; nell'altro fu fatta una sutura del cuore destro, 1 1/2-2 ore dopochè la ferita era stata inferta, ma il paziente morì dopo 5 giorni di pleurite, e alla sezione si trovò un altro frammento di granata nel cuore. Un altro preparato mostrò BORST: forame d'ingresso di un frammento di granata a destra dello sterno, forte tachicardia; dopo 14 giorni morte improvvisa; all'autopsia si trovò che il proiettile, perforato il setto interventricolare, era penetrato nel ventricolo sinistro, ove si era rivestito di trombi da cui erano partite masse emboliche.

Nelle *ferite del polmone* si possono avere fatti flogistici ed emorragie secondarie anche nella 3ª o 4ª settimana: tali emorragie secondarie si hanno di solito per rammollimento dei tessuti, che limitano il canale percorso dal proiettile, o per erosione delle pareti vasali da frammenti rimasti in sito. Anche per le ferite del polmone si avvera il fatto che le lesioni, prodotte da scheggie di granate, sono assai più gravi. Quanto all'infezione polmonare, come causa di morte, non è raro che l'infezione secondaria (suppurazioni, gangrena polmonare) abbia maggiore importanza della primitiva. La terapia delle ferite del polmone consiste di solito nella propinazione di morfina, trasporto dei feriti, eseguito con cura, e riposo assoluto. La mortalità globale è di circa il 24 %. Nei casi di pneumotorace infettato S. consiglia l'evacuazione del liquido con punture ripetute. Stima invece opportuno d'intervenire nei casi di gravi lesioni toraco-polmonari prodotte da granate, dato che, lasciati a loro, questi feriti soccombono in gran parte (su 83 ne ha veduti morire 74 solo negli ospedali da campo). Interviene anche nelle ferite da proiettili penetrati sulla linea ascellare media all'altezza della 7ª-8ª costa, allorchè si manifestino sintomi di lesioni addominali, il che sembra avvenire frequentemente. Su 82 di tali casi, non curati attivamente, 71 ebbero esito letale. S. incide sulla linea mediana nelle ferite da proiettili di fucile, segue la via transdiaframmatica, con previa sutura pleurica, nelle ferite da granata: su 14 feriti gravi di questa categoria, operati, 10 guarirono.

Prof. BORCHARD. — S'intrattiene sulle conseguenze delle ferite del polmone, che volgono a guarigione, sopratutto sulla formazione, talora estesissima, di aderenze pleuriche, e sui fatti d'induramento polmonare; consiglia di evacuare con punture ripetute gli emotoraci, che, dopo 8-9 giorni, non tendono a riassorbirsi.

#### DISCUSSIONE.

BURKHARDT dice di aver osservato con LANDOIS in alcuni casi di ferite tangenziali del torace delle forti contusioni del polmone (con

frattura di più costole) o del fegato, se era stata colpita la parte inferiore del torace destro: a tali gravi contusioni vanno uniti sintomi di collasso e cianosi.

V. — *Ferite dell'addome.*

Prof. KÖRTE. — Si occupa solo delle ferite addominali penetranti. I proiettili delle armi da guerra producono spesso delle gravissime lesioni dei visceri addominali e dei vasi; ma si deve intervenire chirurgicamente, anche là dove la indicazione è netta, solo se le circostanze esteriori (asepsi, istrumentario adatto, abilità dell'operatore) sono favorevoli, perchè non di rado l'operazione è lunga e difficile. Queste circostanze favorevoli raramente si trovano riunite negli ospedaletti da campo; più spesso quando si tratta di guerra di assedio o di posizioni. Di grande importanza e il tempo trascorso dal momento in cui la lesione fu inferta e l'intervento: dopo 12 ore la prognosi diventa molto grave, più grave ancora se il ferito era stato assoggettato ad un lungo trasporto su strade cattive.

Per avere una regola generale sul modo di comportarsi in casi di ferite penetranti dell'addome bisognerebbe sapere: 1° se l'attesa è così funesta da giustificare un intervento, anche in circostanze esteriori sfavorevoli; 2ª se i successi della cura operativa giustificano, anche nelle dette circostanze, l'intervento. Ma una risposta precisa è impossibile .Su 312 casi di lesioni addominali (la maggior parte da proiettili di fucile), 38 morirono ai posti di medicazione; su 274 arrivati all'ospedale il 53 % morì, il 46 % potè essere inviato negli ospedali di base. Su 17 operati in primo tempo per prolasso dell'intestino o dell'omento 14 morirono. Su 257 fu fatta una cura di attesa: furono cioè lasciati per 6-8 giorni nelle formazioni sanitarie frontali, poi trasportati in un ospedale da campo, dove rimasero 2 settimane, quindi inviati negli ospedali di base; di questi il 47 % guarì. Di questi, 10 furono secondariamente operati per prolasso dell'omento, formazioni di ascessi, ecc., con 6 esiti letali.

Riassumendo, su 312 casi si ebbe il 60 % di morti, e il 40 % di guarigioni. Spesso è accaduto che durante l'operazione il chirurgo non abbia trovato la o le perforazioni intestinali, che pure l'autopsia fece vedere. Su 23 casi di ferite del fegato 15 guarirono (in due casi si ebbe peritonite biliare); 2 di ferite della milza guarirono, 1 morì; su 7 casi di ferite della vescica 4 guarirono. K. conclude che è difficile dire se esista o no lesione dell'intestino; che una ferita dell'intestino può guarire da sè; che in caso di ferite addominali, in cui si sospettino lesioni dell'intestino o di altri organi, bisogna operare entro le prime 12 ore, quando il ferito non abbia viaggiato a lungo e non si trovi in troppo gravi condizioni generali, e quando inoltre le circostanze esteriori sopracitate sieno favorevoli.

SCHMIEDEN. — Crede che la guarigione spontanea di ferite penetranti dello stomaco o dell'intestino sia oltremodo rara; di solito si stabilisce una flogosi peritoneale grave. Solo con l'operazione la gravità della prognosi può essere modificata, poichè i forami prodotti dai proiettili sulle pareti gastro-enteriche sono quasi sempre così grandi, che è un illudersi aspettarne l'occlusione da un'ernia della mucosa; più favorevole è la prognosi, se il proiettile fu sparato a grande distanza, e per le ferite delle parti più prossimali dell'intestino, e se questo era vuoto. Bisogna però operare precocemente, nelle prime 12 o al più tardi nelle 18 ore: naturalmente si terrà conto dello stato generale e delle circostanze esterne. La peritonite per sè non richiede operazione sul campo. La tecnica dell'operazione deve essere semplice e rapida; quando è possibile, è bene chiudere del tutto la cavità peritoneale; rettoclisi. Un terzo degli operati per perforazione gastro-intestinale è guarito. Solo però durante le guerre di posizione è possibile operare con successo e su larga scala.

DISCUSSIONE.

FRIEDRICH è partigiano della terapia conservativa assoluta, della quale cita molti successi.

ENDERLEN è favorevole all'intervento, quando le circostanze esteriori lo permettano: su 89 casi operati, comprendenti ferite da fucile, da shrapnel e da granata, talora con molteplici perforazioni, ha avuto il 30 % di guarigioni; data la bontà e la rapidità dei mezzi di trasporto, ha potuto operare nell'ospedale da campo, fornito di una splendida sala operatoria, anche dopo 4 ore; ha operato anche dopo 18-20 ore, ma ha trovato sempre peritonite putrida; non ha mai osservato che un tappo di mucosa occludesse la perforazione.

KRASKE propende per l'operazione, perchè, al pari di SCHMDIEDEN, non crede ad un'occlusione spontanea della ferita intestinale. SAUERBRUCH su 54 casi operati ha ottenuto il 40 % di guarigioni. REHN raccomanda di operare solo se le circostanze esteriori sono nettamente favorevoli.

VI. — *Fratture degli arti e ferite delle articolazioni.*

Prof. PAYR. *Fratture.* — I proiettili di guerra producono sulle ossa delle fratture complicate che si trasformano in semplici o sottocutanee, quando le ferite delle parti molli guariscono sen-

za infettarsi. Però soltanto le fratture da proiettili di fanteria guariscono spesso asetticamente; quelle da shrapnel sono in gran parte (70-80 %), quelle da granata quasi sempre (90-95 %) infette. Grande importanza per il buon andamento della frattura ha la cura razionale delle ferite delle parti molli, e reciprocamente. Nei casi di frattura infetta la cura può essere conservativa od operativa a seconda della gravità e dell'estendersi dell'infezione. La terapia attiva va dalla regolarizzazione della ferita cutanea, alla escissione di tessuti (fascie, muscoli) frammentati o mortificati, alle incisioni più o meno ampie, che permettano l'estrazione di corpi estranei e di schegge ossee. Nei casi di flemmone gassoso, specie per quello sottoaponevrotico, incisioni ampie e profonde e, se non interviene un rapido miglioramento, amputazione. Iniezione profilattica di siero antitetanico nelle ferite da proiettili di artiglieria.

A seconda del decorso di una frattura infetta si possono distinguere 4 tipi principali: *a*) la suppurazione guarisce rapidamente con l'estrazione o l'emissione spontanea di corpi estranei o di schegge ossee; *b*) suppurazione notevole, febbre modica, che aumenta coi movimenti dell'arto o col cambiare la fasciatura; basta di solito un'incisione e il drenaggio; *c*) suppurazione intensa o essudato fetido, febbre alta a tipo setticoemico; rapida necrosi dei frammenti ossei, colorazione bruno-verdognola della spongiosa, infezione putrida del midollo osseo; i focolai osteomielitici dai monconi ossei possono guadagnare l'articolazione; ulteriormente si producono sequestri corticali ed osteofiti irregolari; talora albuminuria (rene amiloide) ed anemia grave; spesso, non essendo sufficienti le semplici incisioni, bisogna ricorrere ad un intervento più radicale; *d*) suppurazione progressiva; nonostante molteplici incisioni si stabiliscono forme flemmonose diffuse, suppurazioni articolari, quadro settico-piemico. Una complicazione grave è data dalle emorragie secondarie settiche. Nei tipi *c*) e *d*) è spesso necessario ricorrere all'amputazione.

La cura operativa secondaria delle fratture gravemente infette consiste in: ampliamento dei forami di in- ed egresso, asportazione di corpi estranei (palpando nella ricerca con le dita rivestite di guanto), incisione di ascessi e drenaggio, esposizione del focolaio di frattura ed asportazione delle schegge libere, talora resezione dei frammenti ossei, vuotamento del tratto di canale midollare infetto, asportazione di sequestri, tamponamento leggero; si disinfettano le cavità ossee col termocauterio o con la tintura di iodio; non abusare del iodoformio, che ha dato ripetutamente sintomi di avvelenamento. Nel trattamento consecutivo sono molto utili gl'impacchi o i bagni caldi locali. La medicatura non deve essere cambiata molto spesso, perchè spesso, ad ogni suo rinnovamento, si hanno durevoli aumenti di temperatura. Per quanto riguarda la cura in sè della frattura si può adoperare: l'estensione in semiflessione degli arti, apparecchi gessati, fenestrati, raramente si è usata l'estensione con chiodo; utile si è mostrato il metodo di estensione di Hackenbruch. Si badi inoltre alle condizioni dei muscoli e delle articolazioni. Controllo frequente con i raggi Roentgen.

*Ferite e suppurazioni aticolari*: sono determinate da proiettili che colpiscono un'epifisi o la diafisi, arrivando fino all'articolazione; l'emartro ne è una naturale conseguenza; nelle ferite dell'epifisi si osservano anche versamenti sierofibrinosi; il riassorbimento spontaneo è la regola, se la lesione si mantiene asettica. L'emartro viene punto e compresso, se l'emorraggia è persistente e tende fortemente l'articolazione. Di solito basta il riposo e una fasciatura compressiva; l'estensione si usa solo se v'ha contrattura in flessione. Molto utile è l'esame radiografico, specie nelle ferite non trasfosse. Nelle ferite articolari asettiche l'intervento è indicato solo quando la funzione è lesa: anomalie di posizione, intensi dolori, sintomi di corpi mobili articolari (5 volte al ginocchio, 4 volte al gomito); i frammenti di granata endoarticolari vengono asportati.

Le articolazioni s'infettano, in via primitiva o secondaria, secondo quattro modalità: 1ª ferite penetranti o trasfosse settiche; suppurazione dell'emartro; 2° frammentazioni o fessure ossee, che raggiungono l'articolazione: si avvera un processo osteomielitico, il quale si propaga fino alle estremità articolari; 3° suppurazioni paraarticolari; 4° suppurazioni metastatiche.

Il pericolo d'infezione delle ferite articolari è assai maggiore per quelle prodotte da proiettili di artiglieria; alcune articolazioni, per es. la tibio-tarsica, s'infettano con maggiore facilità.

Il decorso delle infezioni articolari assume forma acuta solo in via eccezionale; di solito è lento; frequente è la suppurazione dell'emartro, dovuto alla penetrazione di corpi estranei. Il flemmone della capsula articolare con focolai necrotici, ascessuali corrodenti la sinoviale è molto più grave dello stesso empiema articolare; traverso le perforazioni della capsula il processo suppurativo si estende negli interstizi muscolari e lungo le guaine tendinee; notevole è la tendenza al ristagno del secreto purulento.

La diagnosi di un'infezione articolare è resa più difficile dalla contemporanea presenza di un focolaio di frattura diafisario; sono di guida la tumefazione articolare, gli ascessi paraarticolari, il dolore alla pressione, la puntura.

Come metodi di cura di tali infezioni in guerra abbiamo: 1° iniezioni di tintura di iodio o di fenolo canforato nell'articolazione; 2° puntura, aspirazione, e consecutivo lavaggio (fenolo 1/2-1 %, collargolo 2 %) in casi di emartro suppurato; 3° incisione, drenaggio di vetro, iniezione di fenolo canforato (acido fenico 30, canfora 60, alcool assoluto 5), chiusura del tubo di vetro con ovatta, dopo 24 ore vuotamento, ecc.; 4° incisione e drenaggio; 5° resezioni economiche (asportazione di corpi mobili, ecc.); 6° artrectomia e resezione; 7° amputazione e disarticolazione.

Le suppurazioni nelle articolazioni a cerniera presentano qualche particolarità: quivi (p. es. al gomito) la cavità articolare è divisa in due sezioni (parte flessoria ed estensoria); l'infezione in questo caso può colpire solo una parte della cavità articolare, e solo secondariamente per arrosione della capsula estendersi al resto; onde un'incisione precoce può impedire che questa diffusione si verifichi.

La resezione primitiva è indicata nei casi di gravi lesioni articolari, con ferite penetranti, ampie e fortemente imbrattate. La secondaria nei casi in cui gli altri metodi si sono dimostrati inadatti e quando le alterazioni anatomiche sono molto avanzate, e ciò specialmente al ginocchio e al gomito. Queste resezioni secondarie si praticano naturalmente con maggior frequenza delle resezioni primitive.

L'estensione permanente è spesso usata come trattamento secondario delle suppurazioni articolari: essa agisce, proteggendo le cartilagini, distendendo la capsula, calmando il dolore, correggendo la posizione. Nelle forme gravi l'anchilosi è frequente; per cui deve porsi mente a che l'arto si fissi nella posizione più adatta alla funzione.

Si ricorre all'amputazione quando, accanto a focolai ascessuali estesi paraarticolari, esista una frattura comminuta della diafisi, o uno stato settico generale.

PARTE SPECIALE. *Articolazione dell'anca*: i processi suppurativi di questa articolazione non sempre sono riconosciuti, specie se vi ha frattura del collo o del trocantere. Il pus, dopo essersi fatto strada traverso la capsula e i muscoli pelvi trocanterici, tende a diffondersi lungo il nervo sciatico nella doccia dei flessori, più raramente verso gli adduttori. Si drena posteriormente, dopo aver fatta un'incisione dall'apice del trocantere, parallelamente ai fasci del grande gluteo, diviso per via ottusa il medio gluteo dal piramidale, in modo da poter esporre la faccia posteriore del collo, e incidere in tutta la sua lunghezza la capsula. Se il processo settico è molto grave giova la resezione della testa del femore, l'estirpazione dei sequestri e delle parti malate della capsula.

*Articolazione del ginocchio*: la causa della frequente insufficenza di semplici incisioni e consecutivo drenaggio risiede nel non riconoscere le perforazioni tipiche della capsula e gli ascessi paraarticolari. Le perforazioni della parte posteriore della capsula verso il condilo mediale con formazione di ascessi verso i muscoli semimembranoso e semitendinoso sono assai più frequenti delle perforazioni laterali con ascessi profondi verso i muscoli del polpaccio. Il drenaggio classico traverso il recesso della sinoviale è sufficiente nei casi di empiemi semplici; mentre è necessario il drenaggio posteriore, o mediale con incisione lungo il condilo interno e il muscolo semimembranoso, quando il processo suppurativo è grave e v'ha flemmone periarticolare. Se il processo è molto grave si può ricorrere all'artectomia (incisione di Kocher) o alla resezione. La resezione tardiva si esegue con l'incisione di Textor, le ossa vengono segate ad arco secondo Helferich.

*Articolazione talo-crurale*: le guaine tendinee del muscolo tibiale posteriore e del flessore delle dita decorrente lungo il malleolo interno vengono corrose, quando il processo flogistico conduce alla perforazione della capsula, ed esso s'impianta in tali cavità preformate.

Se v'ha frattura del calcagno conviene estirparlo: la guarigione della flogosi articolare è allora assai più rapida. Il pus può anche farsi strada verso l'articolazione tibio-peronea inferiore e profondamente verso la pianta del piede, da dove, traverso gli spazi interossei, può pervenire anche sul dorso del piede: sono questi i casi più gravi, che rendono talora necessaria l'amputazione. Gli ascessi profondi della pianta del piede si aprono con incisioni analoghe a quelle usate per la ricerca dell'arteria plantare mediale e laterale. La resezione dell'articolazione tibio-astragalica si esegue secondo il metodo di Kocher o di Langenbeck.

*Articolazione della spalla*: le perforazioni della capsula avvengono: *a*) verso il solco bicipitale, donde il pus può diffondersi lungo il bicipite e il lato interno del braccio; *b*) verso l'ascella (ascesso sottopettorale.) La cavità glenoidea è spesso lesa nei colpi d'arma da fuoco della spalla, e a ciò si dovrà por mente, quan-

do si resechi la testa omerale. Il drenaggio posteriore dà buoni risultati.

*Articolazione del gomito*: nei casi di grave infezione della parte anteriore della capsula è molto utile, per un buon drenaggio, la resezione del capitello del radio. Se non è sufficente il drenaggio tipico traverso il tricipite, è necessario sezionarne il tendine, ed aprire largamente la capsula. Gli ascessi pericapsulari tendono a diffondersi tra i fasci muscolari profondi dei flessori.

Prof. GOLDAMMER. — Si limita a delle brevi considerazioni generali. Fa notare che, per il decorso ulteriore delle fratture in guerra, moltissimo dipende dal primo apparecchio contentivo e dal modo di trasporto del ferito. Non crede applicabili gli apparecchi gessati nelle formazioni sanitarie frontali, poichè essi richiedono tempo, e debbono essere controllati dopo alcune ore. Ritiene gli apparecchi a estensione come i migliori.

VII. — *Chirurgia dei vasi, aneurismi.*

Prof. BIER (generale medico di marina). — Il relatore ha operato 102 aneurismi, variabili, per durata, da 8 giorni a 5 mesi. La cavità aneurismatica era generalmente ampia (non raramente come la testa di un bambino). Le lesioni delle pareti arteriose erano molteplici: semplici ferite lineari, determinate da proiettili di fucile, spesso con strappamento di un tratto di parete; o ferite con margini divaricati, circoscriventi un'ampia cavità sanguigna. In nessun caso si trovarono coaguli occludenti. Non rare le ferite trasfosse dei vasi: tali furono osservate nell'aneurisma della femorale (8 volte), brachiale e poplitea; in questi casi si osservano spesso due cavità aneurismatiche, o addirittura degli aneurismi artero-venosi. All'inizio della guerra sembravano predominare gli aneurismi semplici, poi gli artero-venosi; così su 33 aneurismi della femorale, 28 appartenevano a quest'ultimo tipo; in essi lo sfiancamento venoso era talvolta enorme. Rarissimi gli aneurismi varicosi. La *diagnosi* era generalmente facile; tuttavia in qualche caso l'aneurisma fu scambiato per un ascesso. I pazienti non avvertivano spesso alcun disturbo; altre volte, al contrario, soffrivano di dolori violenti.

Il *miglior metodo di cura è la sutura arteriosa*: essa fu eseguita 74 volte, dopo aver posto la fascia di Esmarch o il laccio di Momburg. *La sutura non è difficile.* Nei casi di aneurisma artero-venoso, più difficili a operare, bisogna prima preparare a parte l'arteria e la vena, liberandole dalle forti aderenze. Non fu mai necessario ricorrere al *trapianto di un segmento di vena.* L'estirpazione del sacco aneurismatico è *una operazione da abbandonarsi.* In 28 casi, dato il piccolo calibro dell'arteria, si procedette all'allacciatura; la sutura è da escludersi, quando vi sia infezione, per il pericolo di emorragie secondarie.

Dei 102 pazienti 8 morirono; di questi 4 avevano un aneurisma della succlavia (9 casi).

CHIASSERINI.

## Società Medica Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni d'interesse medico-chirurgico.

Prof. F. DELITALA (assistente e libero docente d'Ortopedia). *L'impiego delle soluzioni resinose in chirurgia*). — Le soluzioni resinose (mastisol) sono state rimesse in onore nelle attuali guerre come mezzo per fare aderire alla cute le medicature e costituire una barriera alla infiltrazione dei germi patogeni, ed usate ancora per le trazioni sugli arti fratturati. Però spesso danno luogo ad inconvenienti, come irritazioni cutanee ed eczemi. I quali inconvenienti si sono verificati tanto con l'impiego delle soluzioni di resina mastice, quanto di resina dammar, colofonia, sandracca, sia in cloroformio che in benzolo. Secondo alcuni, tale potere irritante sarebbe da attribuirsi al solvente, secondo altri alla resina. L'A. ha veduto che la formazione delle vescicole è dovuta principalmente a un fattore meccanico e cioè all'adesione troppo forte che si verifica fra la cute e la stoffa alla quale poi viene applicato il traente. Frattanto ha potuto constatare, che le soluzioni cloroformiche e anche le soluzioni benzoliche di mastice, di dammar, di sandracca, di colofonia sono un buon mezzo per fissare le medicature nelle ferite e per applicarvi gli apparecchi di trazione. Infine dirà l'O. in una prossima adunanza delle opportune modificazioni da introdurre nella preparazione di tali soluzioni adesive.

Il prof. BERTI fa notare che la resina di dammar non irritò mai la pelle dei neonati, ai quali applicava con essa degli apparecchi per raccogliere le urine.

Dott. G. VALTANCOLI e dott. A. SERRA (assistenti dell'Istituto ortopedico Rizzoli). *Sulla sede di predilezione della scoliosi da ricerche statistiche su 500 casi.* — Illustrano le loro grafiche nelle quali hanno riassunto i tracciati ottenuti con lo scoliosometro Schulthees, secondo le modalità che questo autore ha usato per i suoi 1040 casi. E mostrano anche fotografie e proiezioni.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### Cefalea gastrica.

Generalmente periodica, ricorre per mesi ed anni: talvolta è continua con accessi di maggiore intensità, ma di solito compare dopo intervalli di benessere, con attacchi che raramente durano oltre 24 ore (W. FITCH CHENEY, *Medical Review*, 1895, n. 8).

Il paziente si sveglia al mattino con la cefalea, che cresce durante la giornata; oppure essa incomincia alla sera, perdura tutta la notte e scompare al mattino. Talvolta è tanto grave da impedire ogni sorta di lavoro, e può essere accompagnata da nausee e vomiti.

La sua localizzazione non è sufficiente per determinarne l'origine gastrica; talora è a tipo di emicrania, non sempre dallo stesso lato, con dolore a tipo perforante in un occhio o nella tempia; può prendere tutta la metà della testa fino alla base ed al collo. Questo tipo di dolore però è causato frequentemente da intossicazione dovuta a stasi intestinale cronica, oppure da uremia.

Altre volte esso invece si estende a tutta la fronte ed al vertice, con senso di pienezza e distensione diffuse.

La cefalea può costituire l'unico sintoma di disordine gastrico, oppure vi possono essere altri segni, quali eruttazioni, rigurgiti, senso di tensione dopo i pasti, appetito abnorme, sapore acido persistente; qualche volta invece la cefalea è accompagnata da sintomi marcati di dispepsia abituale, ipercloridria, gastrite cronica.

Col *pasto di prova* si riscontra più frequentemente atonia: in tal caso la cefalea compare quando il paziente fa un pasto più abbondante del solito o con cibi grossolani, oppure quando è stanco fisicamente o moralmente. In altri casi si nota ipercloridria e la cefalea si ha dopo un pasto troppo acido o carico di aromi; altre volte infine si osservano i segni di una lieve gastrite cronica con ipoacidità ed abbondante muco nel contenuto gastrico.

Nella diagnosi, l'anamnesi può fornire soltanto un sospetto: la certezza può venire solo dall'analisi del succo gastrico, dopo eliminazione delle altre cause; si dovrà quindi prendere in considerazione cuore, urine, sangue, occhi, seni frontali, la possibilità anche di cefalee riflesse.

Spesso si nota costipazione, ma la stasi intestinale non è il disturbo primario: di fatto i lassativi non producono miglioramento, mentre una dieta confacente con i rimedi adatti a vincere l'atonia gastrica e la secrezione difettosa sono spesso sufficienti a regolare la defecazione senza aggiunta di lassativi. F.

### Pseudotumori cerebrali.

Esistono delle forme cliniche che assumono tutta la sindrome dei tumori intracranici mentre all'autopsia non si rileva alcuna neoplasia dell'encefalo. Già Finkelburg ed Eschbaum pubblicarono quattro anni or sono uno di tali casi; più recentemente Reichmann ne ha pubblicato altri due casi nella *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. Nel primo caso si tratta di un bambino che rapidamente presentò anacusia, afasia totale, paraparesi agli arti inferiori, cui seguì oftalmoplegia completa prima a sinistra e poi anche a destra, e paresi degli arti superiori; il sensorio sembrava del tutto integro. Questi fatti combinati con l'assenza di ogni fenomeno meningeo e con la presenza di papilla da stasi fecero fare diagnosi di tumore cerebrale con sede all'estremo frontale del ponte al principio dei peduncoli cerebrali. All'autopsia si constatò trattarsi di una meningite tubercolare della base, che aveva provocati fatti degenerativi nei nuclei del ponte, nelle vie sopranucleari e nelle fibre efferenti, lesioni che spiegano sufficientemente tutte le paresi constatate clinicamente.

Nell'altro caso si trattava di una donna di 36 anni, nella quale la malattia si iniziò con cefalea e vertigini, comparve poi il vomito mentre le vertigini aumentavano fino al punto da impedire di stare in piedi e la deambulazione. In assenza di qualsiasi fatto obbiettivo si pensò a disturbi di natura isterica, ma quando comparve la papilla da stasi si fece senz'altro diagnosi di tumore del cervelletto. All'autopsia si trovò tubercolosi conglomerativa delle meningi molli alla base del cervello, tubercolosi pure conglomerativa del cervello, dei plessi coroidei con notevole epididimite granulare, idrocefalo interno e lieve appiattimento delle circonvoluzioni cerebrali. DR.

### Sulla nevralgia brachiale, e su di un sintoma caratteristico di essa.

L'A. riferisce su sette casi di nevralgia brachiale. In tre di questi casi egli ha riscontrato un sintoma non ancora descritto e che egli de-

finisce come « dolore brachioscapolare quando il capo viene tenuto nell'atteggiamento di radersi la barba ». Tale dolore è più evidente quando il capo, oltre che abbassato all'indietro, viene piegato lateralmente verso il lato opposto a quello in cui ha sede la nevralgia. Poichè nei dolori di origine differente detto sintoma non viene riscontrato, l'A. ritiene che esso non sia privo d'importanza per la diagnosi di nevralgia brachiale.

V. FORLÌ.

(MEYER. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1914, n. 35).

## TERAPIA.

### Gli ipnotici.

Se ne occupa Roger nel *Journal des Praticiens* (giugno e luglio 1915).

L'insonnia — egli dice — è di origine nervosa o tossica.

Nel primo gruppo rientrano le insonnie da eccitazione periferica, spesso dolorosa.

Altre volte l'eccitazione è centrale: impressioni psichiche e morali, emozioni, dolori; ovvero trattasi di neuro-psicosi: neurastenia, isteria, pazzia, lesioni organiche del sistema nervoso, la paralisi generale all'inizio, il rammollimento, i tumori cerebrali.

Le insonnie tossiche possono derivare dall'uso abituale dei veleni nervosi, il the, il caffè, l'alcool, da tossi-infezioni, da auto-intossicazioni, come le affezioni digerenti, epatiche, renali, cardiache.

Di fronte a un sofferente di insonnia, il primo dovere del medico è di ricercare e combattere la causa.

Se l'insonnia è provocata da dolori, basta lenire questi, anche senza somministrazione di ipnotici. Se la causa è morale, sono indicate le distrazioni, i viaggi, l'allontanamento dalla famiglia, dalle quotidiane preoccupazioni. L'insonnia può anche essere dovuta a cattive condizioni igieniche d'ambiente, per esempio, al dormire in una camera male aereata, e facilmente vi si può mettere riparo.

Per combattere il dolore, meglio di tutto è ricorrere all'oppio e succedanei. Se esiste febbre, basta un bagno freddo. Buoni sono anche i bromuri ed i sali di chinina. Negli alcoolisti all'oppio sono da associare piccole dosi di alcool.

Nella convalescenza l'insonnia può esser dovuta a insufficienza alimentare e dilegua aumentando la razione.

Nell'insonnia nervosa, se non hanno effetto l'igiene e l'idroterapia, si possono utilizzare gl'ipnotici, specialmente il sulfonale e il trionale.

Negli alienati con forme depressive è indicato l'oppio, negli esaltati il sulfonale, il cloridrato di ioscina, la paraldeide, l'idrato di amilene, l'uretano.

Negli epilettici, il miglior ipnotico è il bromuro di potassio ad alte dosi.

Nei sifilitici, le insonnie penose dovute alla cefalea notturna sono efficacemente combattute coll'ioduro potassico.

Nei cardiaci mitralici la digitale, ristabilendo il compenso, agisce favorevolmente anche sull'insonnia. Negli aortici con dispnea notturna e insonnia, è utile un'iniezione di morfina.

Nell'insonnia dovuta alla tosse, come nei tubercolotici, sarà impiegato l'oppio e sopratutto la codeina.

Nei dispeptici basta spesso modificare il regime alimentare, ordinando un pasto leggero alla sera.

L'insonnia dei vecchi non può essere combattuta coi comuni ipnotici, dati i pericoli di abuso; ma talora si potrà ricorrere al trionale o al sulfonale.

Gli alcools provocano un'eccitazione iniziale, che li rende inetti come ipnotici; fanno eccezione soltanto l'alcool amilico terziario o idrato di amilene.

Questo è un liquido solubile in acqua, di odore canforato.

Può somministrarsi in dose di 2-4 gr. È di azione rapidissima; dopo mezz'ora dall'ingestione provoca sonno dolce e calmo, che dura 6-8 ore. Soli inconvenienti sono l'assuefazione e il gusto sgradevole; questo può venire mascherato nelle formule seguenti:

| | | |
|---|---|---|
| Idrato di amilene | gr. | 6 |
| Sciroppo di zucchero | » | 50 |
| Vino | » | 200 |

| | | |
|---|---|---|
| Idrato di amilene | gr. | 2 |
| Sciroppo di lamponi | » | 20 |
| Acqua di tiglio | » | 40 |

S. La sera, innanzi di addormentarsi.

Si può anche somministrarlo come clistere oleoso:

| | | |
|---|---|---|
| Idrato di amilene | gr. | 2 |
| Olio | » | 20 |
| Tuorlo d'uovo | n. | 1 |
| Acqua | | 100-150 |

Molti derivati degli alcools si usano come ipnotici, ad esempio la paraldeide. È indicata sopratutto nelle insonnie nervose; è molto usata per gli alcoolisti e gli alienati. È controindicata negli ammalati delle vie respiratorie,

perchè per tali vie viene eliminata. È di sgradevolissimo odore, e dà facilmente assuefazione. Si può somministrare come segue:

| | |
|---|---|
| Paraldeide | gr. 10 |
| Alcool | » 48 |
| Tintura di vainiglia | » 2 |
| Acqua | » 30 |
| Sciroppo semplice | » 60 |

S. 1-2 cucchiai innanzi di addormentarsi.

Ogni cucchiaio da tavola contiene gr. 1 di paraldeide.

Il cloralio o tricloroaldeide usasi idrato: prodotto insieme ipnotico e anestetico. Ottimo in moltissimi casi, è controindicato nei sofferenti di stomaco perchè irritante; si deve proscriverlo anche nei gottosi, nei febbricitanti; è discussa la sua utilità nei cardiaci; deve essere somministrato con molta prudenza ai miocarditici, ai vecchi arterosclerotici, alcoolisti, ecc.

Come ipnotico, di cloralio se ne propinano dosi di 1 gr. fino a 3-4, per esempio nella formula seguente:

| | |
|---|---|
| Idrato di cloralio | gr. 2-4 |
| Sciroppo di lamponi | » 30 |
| Acqua di menta | » 30 |

Lo sciroppo di cloralio del Codice francese è così composto:

| | |
|---|---|
| Idrato di cloralio | gr. 50 |
| Acqua distillata | » 45 |
| Sciroppo di zucchero | » 900 |
| Tintura di menta | » 5 |

cioè all'1:10.

Nei cardiaci utile è la ricetta:

| | |
|---|---|
| Idrato di cloralio<br>Bromuro di potassio | ana cgr. 0.10 |
| Estratto di giusquiamo<br>Estratto di canape indiana | ana gr. 10 |
| Sciroppo di zucchero | gr. 100 |

S. Un cucchiaio da caffè o due, in una tazza di infuso di tiglio.

Il cloralio può usarsi anche nelle malattie nervose, quali la corea; localmente nelle gengiviti e in certe piaghe.

Spessissimo, dopo l'ingestione di cloralio, le urine del malato riducono il liquido di Fehling: ciò è dovuto alla combinazione del cloralio o meglio dell'alcool tricloroetilico con l'acido glicuronico.

Vengono designate col nome di cloralidi molte sostanze derivate dal cloralio; tale e il cloralosio, combinazione di cloralio e glucosio; si può somministrarlo alla dose di 50-60 cgr. *pro die*.

L'ipnale o monocloralio-antipirina, è ottimo in certe insonnie da dolori, ad esempio nelle coliche epatica, nefritica e nel male di denti. Va impiegato in *cachets* da 1-2 gr. o meglio in soluzione:

| | |
|---|---|
| Ipnale | gr. 5 |
| Acqua | » 30 |
| Alcool | » 15 |
| Sciroppo di scorze d'arancio | » 15 |
| Sciroppo semplice | » 40 |

S. Uno o due cucchiai da tavola alla sera.

Il dormiolo è una combinazione di cloralio anidro con idrato di amilene. Si somministra sciolto, o in capsule.

L'acetofenone o ipnone è utile in specie nelle insonnie nervose, alla dose di gr. 0.10-20. È controindicato nei cardiaci.

Il sòlfonale (dietilsolfondimetilmetano) ha lo inconveniente di provocare al mattino, dopo l'uso, un senso di angoscia precordiale. È sufficiente nella dose di 1 gr. in *cachets* od infusione calda. A dosi troppo alte (3-4 gr.) provoca eccitazione iniziale, seguita da depressione, senso di annientamento, stupore; l'emoglobina può trasformarsi in ematoporfirina, e come tale si riscontra nelle urine (ematoporfirinuria). L'uso prolungato di alte dosi determina una sindrome conosciuta col nome di solfonalismo: ronzii auricolari, mali di capo, vertigini, allucinazioni, esantemi. Il solfonale, se somministrato a dovere, è ottimo in ogni caso di insonnia, e può essere propinato anche ai cardiaci.

Il trionale (dietisolfonmetilmetano), più energico e, pare, meno tossico, è utile nei cardiaci, neuropatici, neurastenici, maniaci; è impotente negli alcoolisti. Viene somministrato a 50 cgr. *pro die*.

L'uretano, di pronta eliminazione e non tossico, è indicato nei fanciulli e negli adulti alcoolisti, nervosi, alienati.... È indicata la pozione:

| | |
|---|---|
| Uretano | gr. 2 |
| Sciroppo di fiori d'arancio | » 15 |
| Acqua di tiglio | » 45 |

Il somnale, composto di cloretile e d'uretano, venne specialmente consigliato nell'epilessia.

L'edonale è poco usato nella pratica.

Il veronale (dietilmalonilurea) è somministrato in infuso o in *cachets*, alla dose di gr. 0.50.

L'oppio e i derivati non sono più di uso corrente come ipnotici. L'oppio e la morfina, a dosi elevate, determinano fenomeni di depressione, rallentano il respiro ed il polso, abbassano la pressione, riducono le secrezioni tranne quella sudorale. L'oppio viene somministrato sotto forma di estratto tebaico, in ragione di cgr. 2-5; come laudano (gr. 1 = XLIII goccie). Meglio che la morfina, vengono usati i succedanei di questa: la dionina e, sopratutto, l'eroina.

La dionina (cloridrato di etilmorfina) si usa alla dose di un centigrammo in pozione o iniezioni sottocutanee.

Il cloridrato di eroina (diacetilmorfina) è tossico, e viene usato soltanto a piccolissime dosi.

La canape indiana viene spesso aggiunta alle pozioni ipnotiche per renderle più gradevoli.

Il giusquiamo è un sedativo e viene pure aggiunto agli ipnotici comuni nella dose di centigrammi 5-10.

Per i bambini, gli ipnotici vanno impiegati con molta prudenza. Meglio è, nelle insonnie infantili, provvedere a una regolare alimentazione, a una buona igiene; possono usarsi, come ipnotici, qualora le regole igieniche falliscano, il bromuro di potassio o il cloralio o anche talora una pozione con uretano, a dosi varie secondo l'età. R. B.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(530) *Compressione midollare da tubercolosi vertebrale.* — Le sarò molto grato, se nella « Posta degli abbonati » vorrà risolvermi il seguente quesito:

In seguito a tubercolosi ossea (osteo-periostite del sacro) o anche a sifilide ossea, può avvenire una paraplegia degli arti inferiori (dai quali sintomi sembra essere di fronte a un caso di atassia locomotrice) (forma frustra), paraplegia dovuta ad un restringimento dello speco vertebrale (per l'ipersesostosi) che causa la compressione del midollo? Oppure si possono avere due malattie distinte e separate, cioè tabe e tubercolosi ossea? Faccio notare che il soggetto presenta una grossa e profonda piaga in corrispondenza al sacro, dalla quale fuoriesce abbondante pus fetido e giallastro che proviene dall'osso, e che non è affatto piaga di decubito, perchè si formò subito il primo giorno che l'ammalato si allettò.

Dott. V. E.

In moltissimi casi di tubercolosi delle vertebre si riscontrano sintomi morbosi dipendenti da compressione del midollo spinale. Tale compressione è solo di rado dovuta a spostamento dei corpi vertebrali; d'ordinario essa è originata dalla produzione di masse fungose che restringono il lume del canale vertebrale, e determinano fatti di pachimeningite esterna (tubercolosi epidurale), edemi, mielite interstiziale trasversa, arterite obliterante con consecutivi rammollimenti. La compressione si esercita anche sulle radici spinali, sia nell'interno del canale spinale, sia a livello dei fori intervertebrali. I sintomi ordinari della compressione del midollo spinale sono: paraparesi spastica, zone di ipo- e anestesia, disturbi a carico della vescica e del retto.

Mentre la tubercolosi vertebrale è malattia piuttosto frequente, è invece rara la sifilide delle vertebre, la quale può dar luogo a fatti di periostite, formazione di esostosi, osteite gommosa, necrosi ossea.

Occorre ad ogni modo tener presente che una localizzazione del processo morboso limitata al sacro non potrebbe dar luogo a fatti di compressione del midollo spinale (che termina assai più in alto), ma solo delle ultime radici. Il riscontrare l'ascesso tubercolare in un punto qualsiasi del corpo non vuol dire che la lesione ossea debba interessare l'osso immediatamente vicino; è noto anzi che il pus tubercolare della carie vertebrale si fa strada profondamente, e compare al disotto della cute in punti assai lontani dal luogo di origine.

V. FORLÌ.

(531) La prego di far rispondere nella « Posta degli abbonati », al seguente quesito.

Nel trattamento contro l'isterismo, in soggetti che ripetute volte hanno sofferto reumatismo articolare acuto, nei nuovi attacchi nervosi, si deve, oltre ai soliti rimedi contro l'isterismo, fare la cura specifica del reumatismo?

Abb. N. 1577.

Se non esistono i fenomeni caratteristici del reumatismo articolare acuto, non è il caso di ricorrere alla cura specifica di questo; tanto più che i preparati salicilici hanno influenza deprimente sul sistema nervoso. Meriterebbero invece cure opportune gli eventuali vizi valvolari conseguenti al reumatismo. V. FORLÌ.

## *CENNI BIBLIOGRAFICI.*

***Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione***

*Atlante e Compendio di Chirurgia Odonto-Stomatologica* del prof. dott. P. PREISWERK-MAGGI. Traduzione italiana del dott. Giuseppe Marin. Lire 16. Società Editrice Libraria, Milano, 1915.

In questi momenti in cui la chirurgia di guerra ha fatto degnamente apprezzare la branca stomatologica, bene acconcia viene la chiara versione fatta dal Marin dell'Atlante del P. Maggi del cui testo originale ci occupammo lo scorso anno. È un volume in 16° di pag. XX-238 di testo, illustrato da 230 incisioni e da 35 bellissime tavole a colori, intercalate: segue un indice alfabetico-analitico completo. Per la precisione dello stile, per l'evidenza delle figure, il libro

si raccomanda non solo agli specialisti, ma anche a tutti i medici-chirurgi. Lo stesso indice delle materie che facciamo seguire ne è la prova dimostrativa:

I. Preparativi per l'operazione. — II. Preliminari anatomici. — III. L'anestesia. — IV. La estrazione dei denti. — V. Difficoltà e impossibilità dell'estrazione. — VI. Accidenti durante e dopo l'operazione. — VII. La scalpellazione. — VIII. Tumori connessi al sistema dentale. — IX. Tumori non provenienti dal sistema dentale. — X. Scalpellazione dei denti ritenuti. — XI. Il raddrizzamento forzato. — XII. Il trattamento chirurgico della periodontite cronica. — XIII. Processi necrotici. — XIV. Ripiantazione. — XV. La sezione della radice. — XVI. L'empiema del seno mascellare. A. PIPERNO.

GASPARE PICCAGNONI. *La febbre traumatica.* Un vol. in-8° gr. di pag. 135, con 2 tav. Pavia, Tipografia Cooperativa, 1914.

Questo lavoro comprende una serie di osservazioni cliniche e di ricerche sperimentali. Le prime sono state eseguite nel comparto chirurgico dell'Ospedale Maggiore di Milano, diretto dal prof. B. Rossi, su forme traumatiche chiuse (contusioni, distorsioni, lussazioni, fratture) e su operati asettici.

Le seconde sono state compiute nella Clinica delle malattie professionali diretta dal prof. L. Devoto, su animali in cui venivano provocati traumi di diverse specie. L'A. ha affrontato vari lati del problema: curva termica, azione pirogena e antigena delle sostanze tossiche d'origine intestinale e dei prodotti di riassorbimento degli ematomi, e quindi presenza di ambocettori emolitici e di complemento. Egli discute in un ampio capitolo l'eziologia della febbre traumatica e raccoglie poi le principali conclusioni del suo studio interessante. Il lavoro è preceduto da cenni storici e seguito da una buona bibliografia.

R. B.

# VARIA.

**Frodi alimentari in tempo di guerra.** — Le asprezze della guerra determinano un profondo senso di simpatia in coloro che restano, i quali desiderano di mandare un segno tangibile di affetto ai combattenti, di offrire loro qualche cosa di utile ovvero soltanto di gradito al gusto e che rompa la monotonia della dieta regolamentare.

In Germania questo impulso naturale alimenta tutto un commercio di *Liebesgaben* o « doni d'affetto », articoli personali o dietetici. Una conseguenza n'è stata lo sviluppo straordinario di frodi vergognose. La madre, la fidanzata s'impongono spesso duri sacrifici per raccogliere le somme enormi a cui vengono vendute pretese « delicatezze », generi di poco o nessun valore ma che si suppone debbano ristorare o rinvigorire i soldati del fronte.

Questo traffico disonesto ha dato origine ad alcune novità nel campo delle frodi alimentari in Germania.

Si trova ivi in commercio l' « alcool solido »: cubetti di gelatina impregnati di zucchero ed acquavite; sciolti in acqua calda, forniscono una bevanda dolcigna, di sapore piuttosto sgradevole, di colla; se conservati, l'alcool lentamente evapora. Si allestiscono anche tubi semigelatinosi contenenti alcool all'interno. Il prezzo per 60 cmc. varia da lire 1.25 a lire 1.75.

Alcuni fabbricanti poco scrupolosi hanno cominciato a ridurre la quantità d'alcool ed una ditta è giunta a introdurre « sostituti » dell'acquavite, di natura « pepacea », atti a fornire il calore di un bicchierino di acquavite! Sono stati riferiti casi d'irritazione dolorosa della bocca nei soldati in marcia e che non potevano lavarsi la bocca ed eliminare il prodotto dannoso inviato loro, a grandi spese, da parenti od amici affezionati!

Altri sostituti dell'alcool consistono in cubi di zucchero impregnati di anilina e di acido citrico o tartarico: la bibita che si ottiene mercè questi cubetti è una specie di limonata artificiale di qualità inferiore.

Sono vendute qualità scadenti di caffè e di cacao in tavolette, a prezzi esorbitanti; una libbra di una marca favorita, con l'immancabile messaggio agli eroi della guerra, costa 15 lire (12 marchi). Il caffè è spesso sostituito da una mescolanza di cicoria e zucchero. Solo sul mercato di Amburgo trovarono impiego 500,000 chili di cascami di cacao. E così via.

La legislazione germanica sulle adulterazioni dei cibi è diretta precipuamente contro le imitazioni; essa è disarmata contro i pretesi nuovi prodotti, come l'alcool solidificato. Cosicchè molte azioni giudiziarie sono fallite.

Nè può farsi assegnamento sul patriottismo degli imbroglioni: in guerra come in pace, essi vivono sulla dabbenaggine e credulità dei loro simili.

Questi dati, desunti da una relazione ufficiale redatta dal direttore del Laboratorio chimico dell'Ufficio di polizia a Berlino (A. Juckenack, « Liebesgaben auf dem Lebensmittelmarkt », in *Zeitschr. f. gerichtl. Med.*, 1915, XLIX, 258), sono da noi riportati dal *Jour. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 luglio 1915, p. 173. R. B.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

### La sanità pubblica in sede di bilancio.

La relazione della Giunta del Bilancio sullo stato di previsione del Minisero dell'Interno per l'esercizio 1915-16 si occupa anche estesamente dei servizi della Sanità pubblica e dei progressi realizzati.

Riproduciamo la parte principale della relazione dell'on. Cao Pinna:

Nella relazione dello stato di previsione dello scorso esercizio furono segnalati i progressi ottenuti dall'opera diligente della Direzione generale e riportati alcuni dati utili intorno all'esecuzione della legge 25 giugno 1911, n. 586, sui mutui di favore concessi per acquedotti, per opere igieniche ed ospedali, come altresì vennero segnalati importanti elementi relativi alla diminuzione di mortalità in confronto ad altri Stati di Europa.

Quest'opera non fu interrotta nel corrente esercizio, poichè onde dare un'applicazione generale e metodica al titolo terzo del testo unico delle leggi sanitarie che riguarda l'igiene rurale, venne presentato un disegno di legge n. 128, che, seguendo la procedura degli Uffici, non ottenne, finora, per eventi parlamentari, la sua esplicazione.

I progressi sull'igiene che ebbero largo sviluppo nelle grandi e medie città, non altrettanto poterono ottenere nei comuni grossi e piccoli, nei quali solo in assai tenue misura se ne trova tracce per modo che le più temibili infezioni di tifo, tubercolosi, tracoma, che tendono largamente ad allontanarsi dai centri urbani, si riscontrano in grado avanzato nei comuni rurali.

Di tali condizioni igieniche si preoccuparono molti colleghi della Camera nella discussione del bilancio dello scorso anno, segnalando, con le gravi conseguenze delle diffusioni di simili infezioni, la necessità di provvedimenti atti ad attenuarne se non ad eliminarne le cause.

Nell'accennato disegno di legge, che auguriamo possa sollecitamente essere discusso dai due rami del Parlamento e divenire legge dello Stato, si intende di svolgere un programma fattivo di azione sull'igiene rurale che permetta di assicurare con la tutela della salute delle nostre popolazioni campestri, la integrità e l'incremento delle fonti della popolazione agricola, contribuendo ad un maggiore rendimento effettivo della polizia sanitaria, sia nei riguardi delle malattie infettive dell'uomo, sia contro le epizoozie, che apportano tanto danno economico, colle enormi perdite del bestiame.

Così oggi auguriamo che i progressi ed il miglioramento igienico generale del paese, possa altresì ampiamente svolgersi anche nel campo dell'igiene rurale, appena verrà discusso l'accennato disegno di legge.

* * *

L'attività legislativa sulla pubblcia sanità e la sua applicazione intensa, dato il complesso delle disposizioni tendenti al benessere sociale sanitario, si possono con compiacenza desumere dai vantaggi ottenuti in ordine alla diminuita mortalità per malattie infettive, le quali appaiono più facili ad essere combattute con la diffusione dei mezzi per prevenirle.

Ci piace constatare intanto che mentre nel 1888 i morti per malattie infettive ascesero a 184,188, si ridussero nel 1903 a 86,022; elemento questo che, in confronto alla popolazione, dà il coefficiente dei deceduti per le malattie infettive del 6.19 per mille nel 1888 contro il 2.48 nel 1913.

I risultati ottenuti per talune malattie infettive nei riguardi alla loro diffusione e della diminuita mortalità, appaiono abbastanza soddisfacenti, data la difficoltà di adottare una accurata profilassi, specialmente pel vaiuolo, la difterite e la malaria; occorre però ancora perseverare nell'azione spiegata con più vigoroso impulso, specialmente per il vaiuolo, nonostante che la mortalità si sia ridotta a cifra minima (150 morti nel 1913 di fronte a 18,110 nel 1888), grazie alle misure profilattiche e più particolarmente all'isolamento ed alla vaccinazione jenneriana.

Bisogna incoraggiare il servizio in tutti i comuni e provvedere alla istituzione del vaccinogeno di Stato, come veniva indicato nel disegno di legge n. 28, già citato e del quale si attende la discussione.

* * *

Intorno alla tubercolosi, malattia infettiva grave e pericolosa, sulla quale largamente e con sapiente diagnosi si intrattennero molti colleghi della Camera nella discussione del bilancio dello scorso esercizio, per quanto siasi avuto un importante miglioramento, tuttavia ancora il numero delle vittime è sempre notevole, anche per le numerose cause che vi influiscono, e specialmente per il rimpatrio degli emigranti.

È però da notare un movimento attivo di lotta diretta contro il contagio, dall'altro la disposizione congenita od acquisita a subirne i danni. Di tale risveglio si è interessata con diligenza la Direzione della sanità ed a tale uopo si è impiegata una parte cospicua dei fondi inscritti il bilancio per provvedimenti di profilassi, e cioè integrare l'azione dei Comitati antitubercolari e sorreggere e promuovere gli istituti riconosciuti utili allo scopo, come dispensari, ospizi marini e montanini, colonie marine e scuole all'aperto di carattere popolare, diffondendo e portando a portata di tutti i mezzi a difendersi e combattere questa funesta malattia.

* * *

Sul tracoma che principalmente dilaga in talune regioni del Regno ed il cui contagio è così gravemente pericoloso, si è l'Amministrazione assai interessata, favorendo gli ambulatori antitracomatosi, concedendo altresì sussidi annui continuativi per l'impianto ed il funzionamento di ambulatori, e raccomandando alle cliniche oculistiche, istituite negli ospedali del Regno, ogni maggiore interessamento.

È da raccomandare alle due Amministrazioni della sanità pubblica e della istruzione pubblica, una cooperazione fattiva per l'igiene nelle scuole, la cui recente iniziativa trovò, con sincero plauso, esplicito cenno negli articoli del bilancio del 1914-15 e che s'incoraggia a proseguire efficacemente, perchè è mezzo ad una sicura elevazione delle condizioni non solo igieniche e sanitarie delle popolazioni scolastiche, ma altresì di quelle intellettuali, morali ed economiche.

* * *

È finalmente lodevole l'iniziativa presa dalla Direzione della sanità per la difesa contro le malattie esotiche, organizzando un complesso di misure di vigilanza e di difesa contro la possibilità di propagazione e diffusione, per l'arrivo di numerosi profughi e di rimpatrianti, che dai paesi in conflagrazione cercarono di scampare, emigrando nei nostri paesi.

Sull'opera sanitaria nei piccoli comuni, furono sollevate, nella discussione del bilancio dell'anno scorso, importanti osservazioni, e suggerimenti furono dati intorno al funzionamento delle condotte mediche; non per l'opera dei sanitari, degni di ogni attenzione, ma piuttosto sui conflitti fra le Amministrazioni e i sanitari stessi.

L'Amministrazione di sanità pubblica statale si è con molta diligenza occupata del grave problema, onde dare un definitivo assetto all'assistenza medico-chirurgica.

* * *

Già le dichiarazioni del Governo avevano confermato la tendenza generale in ordine all'importante servizio pubblico, sul quale le Federazioni dei medici, ed i Consigli dell'Ordine, si erano esplicitamente pronunciati nel senso della adozione, in linea generale, delle condotte residenziali, dando per tal modo la sicurezza di assistenza ai poveri e lasciando ai sanitari il modo di elevare la loro condizione economica coll'assistenza agli abbienti, che potevano soddisfare in misura equa l'opera del professionista.

Così ora mentre si risponde allo spirito della legge ed alla giurisprudenza del Consiglio di Stato, in pieno accordo cogli intendimenti del Governo, sono divenute anche meno frequenti le ostilità che al riguardo si manifestano in taluni comuni.

## Cronaca del movimento professionale.

### Per i medici offesi o segnalatisi in guerra.

Il Presidente della *Federazione degli Ordini dei medici* ha inviato ai Presidenti degli Ordini dei medici la seguente lettera:

« Bologna, 19 agosto 1915.

« Egregio collega,

« Da quando ha avuto inizio la nostra guerra io ho sentito il dovere, come Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, di avere sollecita notizia di quei nostri valorosi colleghi che nell'assistenza dei soldati dell'Esercito e della Marina fossero caduti o morti, o feriti, o prigionieri, o malati. Se nell'inaugurare a Bologna l'ultimo nostro Congresso Federale nel dicembre 1914 inviai una parola di saluto a tutti i nostri colleghi degli eserciti combattenti allora in Europa, e misi in rilievo l'altissima mortalità dei medici nell'immane conflitto, durante l'opera intesa a salvare quel poco di vita che rimane dalla strage della guerra, vivissimo doveva nascere in me il desiderio di conoscere la sorte dei medici italiani che si apprestavano ad andare tra i combattenti.

E, sino dai primi del giugno scorso, io presi accordi con la Presidenza dell'Ufficio per notizie di militari, che ha sede in Bologna, allo scopo di avere i nomi dei colleghi caduti. Ma, nonostante la grande cortesia di chi presiede a quell'Ufficio, l'esperienza mi ha dimostrato sin qui che le notizie non sono complete. Per ciò che ho potuto sapere, o con questo mezzo, o da lettura di giornali medici e politici, mi son data cura di far giungere per mezzo degli Ordini le condoglianze della Federazione alle famiglie di colleghi morti in guerra; ho avute di loro notizie

biografiche con particolari commoventi della loro fine; ho cercato, e spero di essere riuscito, di far giungere a medici prigionieri in Austria la parola di conforto della nostra Federazione; ho avuto notizie di medici feriti e malati, e di studenti di medicina pur essi caduti.

Tuttavia io so di non avere sinora notizie complete ed esatte, e mentre vo cercando se posso in altro modo supplire a questa manchevolezza, prego intanto gli Ordini nei loro Presidenti, o in coloro che ne fanno le veci, di volermi sollecitamente comunicare i nomi di colleghi caduti o morti, o feriti, o prigionieri, o gravemente malati, gli indirizzi delle loro famiglie, gli atti di sacrificio o di valore da loro compiuti. E la medesima domanda faccio per gli studenti di medicina di ogni anno di studio. E la medesima domanda rivolgo ai nostri colleghi che curano i feriti e i malati dell'Esercito e della Marina.

Solo quando sarò certo di non commettere dimenticanze, sia pure involontarie, comunicherò agli Ordini un primo elenco di notizie, e poi successivamente quelle che mi perverranno in seguito. E al nostro futuro Congresso Federale commemoreremo degnamente i nostri morti, decreteremo come onorarli in perpetuo, e renderemo l'omaggio della nostra affettuosa riconoscenza a tutti i medici che già danno opera così piena di dottrina, di abnegazione, di valore personale.

L'onore reso ai caduti, e la riconoscenza nostra ai moltissimi che torneranno tra noi, non bastano ancora però a dar quiete al sentimento che ci anima in questi giorni. Noi tutti sappiamo già che, come il servizio medico di guerra rappresenta per alcuni nostri colleghi un grave danno economico, del quale patiscono le loro famiglie, così dopo la guerra vi potranno essere e vi saranno orfani e vedove di medici, e medici ai quali i danni fisici patiti impediranno il lavoro professionale.

Se posso sperare dall'opera compiuta insieme con la Presidenza dell'Associazione Nazionale dei Medici condotti e con quelle delle altre Federazioni Sanitarie che l'attuale disagio economico di medici che sono tra l'esercito combattente venga lenito da provvedimenti governativi, penso che non dovremo contentarci, in ogni singolo caso, del soccorso che verrà dato dallo Stato contro il danno irreparabile dei medici e delle loro famiglie. E penso anche che potrà essere per noi doveroso un fratellevole aiuto a quei nostri colleghi carissimi delle terre irredenti, o profughi, o internati dall'Austria e sofferenti di ogni patimento fisico ed economico.

Ho veduto con piacere come alcuni Ordini preoccupati di questi danni, ne abbiamo diligentemente studiato il rimedio: ma e loro ed io malinconicamente dobbiam convenire che nè tassazioni straordinarie obbligatorie, nè assicurazioni collettive sono ora possibili. Io ho sempre sostenuto, e non me ne pento certo oggi, che le nostre Associazioni dovevano pensare a costituire patrimonii proprii. Ma ove non potè la previdenza, soccorse l'impulso generoso. In questo anno istesso i medici italiani hanno dato con oblazioni volontarie più di 26 mila lire pei medici del Belgio, e circa 18 mila pei medici del terremoto della Marsica.

Io domando ai medici italiani una nuova spontanea oblazione che debba essere inviata, anche in più volte, impersonalmente alla *Federazione degli Ordini dei Medici (Bologna, Archiginnasio). Le somme ricevute saranno versate, perchè sieno fruttifere, in un Istituto di credito e saranno serbate a disposizione del nostro futuro Congresso Federale perchè ne stabilisca la erogazione.* Dieno tutti ciò che possono e quando possono, e gli Oridni portino come meglio credano a notizia dei colleghi, e specialmente di quelli più agiati, questo mio invito a sottoscrivere. Ogni mese io darò agli Ordini e ai giornali medici la notizia delle somme ricevute. L'onore di essere Presidente della Federazione mi concede il piacere di aprire la sottoscrizione con la mia offerta personale di Lire mille.

*Il Presidente*: LUIGI SILVAGNI.

## Ramo di olivo.

*Il medico condotto* scrive:

Ad affermare la doverosa concordia civile, a concentrare ogni nostra attività a servizio della patria chiamata alle prove supreme, a rinunciare alle condizioni di favore create alla nostra lotta particolare dalle contingenze e dalle difficoltà attuali, noi abbiamo teso la mano ai Comuni sospendendo l'uso di quell'arma che sopra ogni altra ci era risucita efficace: le diffide e i boicottaggi.

Abbiamo fatto bene?

Si tratta di una rinuncia generosa con intento elevato, e la coscienza ci dice di sì.

Abbiamo giovato alla nostra particolare battaglia?

Forse no. (E allora dove sarebbe il merito se per lo meno non ci fosse incertezza?) C'erano dei Comuni e c'erano dei colleghi che aspettavano come in agguato il momento propizio per sfuggire all'incalzare delle nostre schiere vigilanti, e approfitteranno certamente della nostra tregua per violare la legge, per tradire il programma.

Ma contro quei Comuni e contro quei colleghi ricominceremo più aspra, dopo la guerra, la no-

star battaglia. Sì, anche e specialmente contro i colleghi, i quali quando accetteranno i posti a cura piena o a doppio elenco saranno più biasimevoli ancora di quello che erano i colleghi che sfidavano in passato il battesimo di krumiro; perchè questi erano pressati quasi sempre dalle strettezze economiche e avrebbero corso il rischio, astenendosi dai concorsi, di vedere occupati tutti i posti migliori, mentre quelli di oggi — data la scarsezza dei medici disponibili — possono permettersi il lusso delle ripetute rinuncie senza pericolo di rimaner senza posto.

Chè sospendere la diffida e il boicottaggio significa rinunciare ai *mezzi*, ma non significa affatto — intendiamoci bene — contraddire al *fine*, e rinnegare il programma: molto più che il programma della condotta residenziale con elenco unico non aggrava e anzi piuttosto solleva le condizioni finanziarie dei Comuni.

L'osservanza di questo programma non è più raccomandata alla vigilanza — dirò così — aggressiva della Classe, ma resta affidata alla coscienza dei singoli.

E questo, oggi, deve bastare! T. M.

---

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5464) *Servizio ostetrico*. — Il Dott. abbonato n. 3814 desidera conoscere se un medico condotto con un capitolato che rimonta a molti anni addietro e che non fa menzione di operazioni ostetriche possa essere obbligato dalla Amministrazione comunale a compierle senza ricevere alcun compenso e se possa rifiutarsi.

Il medico condotto è obbligato ad eseguire tutte le operazioni chirurgiche che sono compatibili con l'ambiente in cui agisce e con i mezzi di cui dispone. Fra le operazioni chirurgiche che debbono essere eseguite come adempimento del proprio mandato sono comprese le ostetriche. Però il medico non è obbligato alla assistenza ai parti normali perchè detta assistenza compete esclusivamente alle levatrici. Se fa anche tale servizio ha diritto a speciale straordinario compenso.

(5465) *Frazione che si erige a Comune autonomo - Diritti acquisiti del sanitario*. — Il Dottor V. T. da V. chiede conoscere se diventando Comune autonomo la frazione in cui presta servizio possano essere rispettati i diritti da lui acquisiti fra cui la stabilità.

Allorchè la frazione diventa Comune a sè, si costituisce un ente nuovo assolutamente diverso dal primo. Decadono, quindi, di diritto tutti gli obblighi precedentemente contratti, giacchè viene a mutare l'ente obbligato a rispettarli. Vincendo il nuovo concorso, potrebbe, però, a nostro avviso essere ritenuto come prova il servizio già precedentemente prestato.

(5466) *Servizio militare*. — Al Dott. A. A. da I. S. (4820) rispondiamo che essendo stato chiamato in servizio della Croce Rossa a cui aveva volontariamente aderito, non può mantenere il posto e lo stipendio per la durata della guerra. Il Comune avrebbe potuto espletare le pratiche per lo esonero se fosse stato obbligato a servizio nel R. Esercito a mente del R. Decreto 13 aprile 1911, ma non per il servizio facoltativo, che trovasi di aver assunto.

(5467) *Pensioni*. — Al Dott. S. G. da C. rispondiamo che la risposta della Prefettura è pienamente legale. Il contributo del Comune deve decorrere dal 1909 perchè in quell'epoca fu riconosciuto il posto di ufficiale sanitario, quello a suo carico deve decorrere dal giorno della sottoscrizione della scheda di adesione perchè esso costituisce un premio di riscatto a mente del disposto dall'articolo 42 del testo unico. Il medico ed il Comune, in tal caso, pagano il contributo per scopo diametralmente diverso.

(5469) *Servizio militare*. — Il Dott. V. M. da R. I. ora a C. desidera sapere se avendo fatta domanda per la nomina ad ufficiale medico del R. Esercito gli competa la nomina a tenente od a sottotenente ed a chi possa ricorrere nel caso che non gli si dia il grado che gli spetta; se ottenendo la nomina a tenente abbia diritto alla differenza dello stipendio, tenuto conto che ora è pagato come sottotenente in attesa di nomina e se possa essere nominato ufficiale medico di milizia territoriale in luogo di ufficiale medico di complemento.

Il Ministero della guerra, esaminati i titoli dei singoli candidati, attribuisce loro il grado con criterii insindacabili, ma certamente in armonia alla età, agli studii ed alla pratica già fatta da ciascuno di essi. Le competenze inerenti al grado decorrono dalla data del decreto di nomina. Ottenendo quella a tenente, non potrà aver diritto al pagamento degli arretrati per aver fino a quel momento riscosso lo stipendio di sottotenente in attesa di nomina. Avendo ella fatta la domanda per la nomina ad ufficiale medico di complemento, non può essere nominata nella Milizia territoriale, giusta quanto prescrive il R. Decreto legge 28 marzo 1915, N. 357, riguardante la nomina ad ufficiale medico di complemento.

(5470) *Servizio militare - Diritti verso il Comune in cui si presta servizio come condotto*. — Il Dott. V. R. da S. B. del T. desidera sapere se essendo stato chiamato sotto le armi come ufficiale medico del R. Esercito il Comune debba corrispondergli lo stipendio come medico condotto per la intera durata della guerra.

Per un certo tempo i Comuni furono obbligati a corrispondere ai proprii medici condotti chiamati sotto le armi lo stipendio per la intera durata della guerra. Avendo ora lo Stato modificato l'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili nel senso di accordare lo stipendio più elevato fra quello militare e quello civile lo stesso trattamento sono i Comuni autorizzati ad usare ai proprii dipendenti. A costoro, quindi, durante la guerra non è più corrisposto stipendio a carico delle amministrazioni municipali ma bensì solo quello dello Stato. Il Comune è obbligato a pagare la differenza nel caso che lo stipendio come ufficiale sia inferiore a quello che l'impiegato percepiva prima di assumere servizio nell'esercito.

(5471). *Servizio sanitario ai profughi della zona di geurra.* — Il Dott. L. G. da S. S. T. desidera conoscere se essendo medico a tutta cura abbia diritto ad esigere compenso per le visite che presta ai profughi della zona di guerra ricoverati nel suo paese, o se costoro vengono considerati come cittadini aventi diritto alla cura gratuita.

A nostro avviso i profughi dalla zona di guerra debbono, agli effetti della cura ed assistenza sanitaria essere considerati come cittadini aventi diritto alla cura gratuita.

(5473) *Certificati ad operai.* — Il Dott. P. A. da M. chiede conoscere se il medico condotto, a cura piena, sia obbligato in caso di indisposizione di un operaio della sua condotta e che trovasi impiegato in uno stabilimento di altro Comune a rilasciargli un certificato comprovante che lo stesso trovasi per infermità impossibilitato a riprendere lavoro e, dopo guarigione, un altro certificato comprovante che lo stesso è guarito e può, quindi, attendere al suo lavoro, e nel caso positivo se al medico condotto spetta qualche compenso ed in quale misura e da chi deve essere corrisposto.

I certificati, di cui è parola nel quesito, vanno rilasciati gratuitamente. A nulla influisce la circostanza che l'operaio vada a lavorare fuori paese: egli però è sempre naturale del luogo ed ha, quindi, diritto ad usufruire di tutti i vantaggi che ai suoi compaesani sono concessi. La località, ove il certificato deve essere usato, non muta nè menoma il diritto di ottenerlo gratuitamente, trattandosi di Comune in cui la condotta medica è estesa alla generalità degli abitanti.

(5475) *Servizio militare.* — Il Dott. G. L. da S. G. M. avendo aderito fin dal giugno scorso alla nomina a capitano medico di complemento e non avendo fino a questo momento ottenuta la nomina, desidera conoscere se abbia diritto a riscuotere le relative competenze dal giorno dell'invito ricevuto.

Le competenze inerenti a qualsiasi impiego militare o civile decorrono dal giorno della nomina e propriamente dalla data del relativo decreto. Ella, quindi, potrà aver diritto allo stipendio di capitano medico del R. Esercito sol quando avrà ottenuto la nomina effettiva a tal grado. Doctor JUSTITIA.

---

Il dott. G. F., tenente medico, desidera conoscere in base a quale disposizione o circolare ministeriale si è promossi capitani medici dopo quindici anni di laurea e quindici di spalline da ufficiale di complemento. Non è possibile, egli dice, essere al pari di un tenentino di 18 anni e marciare appiedato dietro un reggimento a 40 anni.

La quistione cui accenna l'egregio collega è stata ampiamente trattata nel num. 34 del nostro giornale.

---

## CONDOTTE E CONCORSI.

ARAMUGIA-BALLAO (*Cagliari*). — Condotta consorziale; L. 4000. Scadenza 10 settembre.

CASTELNUOVO VAL DI CECINA (*Pisa*). — A tutto il 10 settembre. Residenziale. L. 4050. Tre sessenni. Assicurazione.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta per Nuvolato. Scad. un mese dal 18 agosto. L. 3000 lorde e tre sessenni pei poveri, compenso dagli abbienti; L. 600 per carrozza e cavallo. Servizio entro 15 giorni.

* S. AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta 2° reparto, L. 3000 lorde e L. 700 per cav., indennizzo di L. 50 per ogni 10 semi-abbienti, L. 200 per U. S. Scadenza 10 settembre.

VILLARBOIT (*Novara*). — Condotta per la generalità, in pianura. Popolazione 1100. Stipendio L. 3800 lorde, più L. 100 per U. S. Alloggio con giardino: tre aumenti sessennali di L. 160. Per la cura dei lavoratori avventizi compenso speciale da stabilirsi fra i proprietari e il medico. Scadenza 15 settembre.

VILLENEUVE (*Torino*). — Medico consorziale; L. 2500 lorde; indennità L. 200. Scad. 15 sett.

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

*Diffide e boicottaggi.*

Revoca di diffide: Muccia (Macerata).

---

#### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ROMA. — Il prof. Chiavaro Angelo è nominato in seguito a concorso, straordinario di odontoiatria e protesi dentaria. (Sentiti rallegramenti).

Sono abilitati alla libera docenza i dottori De Villa Salvatore in clinica pediatrica, Passera Ercole in clinica oculistica.

## NOTIZIE DIVERSE.

**Medici decorati.**

È stato proposto per la medaglia al valor militare il dott. Bellinato Sebastiano, noto pediatra di Milano, ora sottotenente medico al fronte, per l'eroico contegno da lui tenuto nel disimpegnare il proprio ufficio dove più ferveva il combattimento (*La Radiologia Medica*).

Il dott. Rosario Castorino da Catania è stato decorato per atti di valore (*La Rassegna Medica Siciliana*).

**Covoglio ospedaliero inglese al nostro fronte.**

La Croce Rossa Britannica, che invia al fronte italiano un ospedale da campo con un convoglio di ambulanze-automobili, ha affidato allo storico Giorgio Treveylan, un grande amico del nostro paese, la direzione di questo primo gruppo di ambulanze, mentre Lord Monson è stato nominato commissario per l'Italia della Croce Rossa Britannica.

D'ora innanzi i fondi raccolti a Londra da uno speciale Comitato, sotto la presidenza onoraria di Sir Rennel Rodd, ambasciatore britannico a Roma, saranno amministrati dalla Croce Rossa Inglese e devoluti al mantenimento di questo convoglio ospedaliero.

L'iniziativa della Croce Rossa Britannica è il risultato delle offerte rivolte direttamente al Governo italiano ed all'Ambasciata londinese da varî fervidi simpatizzanti, come la marchesa di Tweeddale, il pittore Sargent ed altri; ora esse vengono coordinate e accentrate dalla Croce Rossa Britannica.

Come esempio della generosità di talune offerte basti notare la somma di 30,000 lire donata da un signore scozzese, John Hanbury, il quale offrì metà della somma direttamente alla Croce Rossa Britannica per acquisto di ambulanze, e l'altra metà al Comitato Pro Italia che, oltre ad offerte per le famiglie dei richiamati locali, ne raccoglie per la Croce Rossa. Questa seconda parte della somma verrà utilizzata per acquisto del materiale chirurgico e di medicazione che userà il convoglio ospedaliero che sta per essere inviato in Italia.

**I ferrovieri per la Croce Rossa.**

La mobilitazione ferroviaria si è compiuta con le risorse ordinarie, attraverso le gravi difficoltà opposte dalla configurazione geografica della penisola e del teatro di guerra, con tanta disciplina e con sì larga e sicura efficienza da costituire un esempio di organizzazione.

Il Re e il Governo hanno espresso il più caldo plauso all'opera straordinaria, mirabile, dei ferrovieri.

Per compensarli delle prestazioni eccezionali oltre il dovere normale, è stata assegnata ad essi, con decreto luogotenziale, la somma di tre milioni.

I ferrovieri han risposto all'atto del Governo dichiarando di voler devolvere questa somma alla Croce Rossa, al Comitato di assistenza civile ed all'assistenza degli orfani dei caduti sul campo; ma il Governo ha stabilito che l'assegnazione debba esser fatta egualmente: le oblazioni potranno aver luogo solo individualmente.

**Per l'assistenza ai mutilati.**

Si sono adunati in Roma i rappresentanti dei varî Comitati regionali per addivenire ad accordi su di un comune programma di assistenza a favore dei soldati ciechi, storpi e mutilati in guerra.

Parteciparono all'adunanza per il Comitato di Roma, oltre il presidente conte di S. Martino, il prof. Riccardo Dalla Vedova, il prof. Neuschüler, il prof. Tomaso Bencivenga, il dott. Goffredo Bellonci. Rappresentavano il Comitato di Torino il prof. senatore Pio Foà; il Comitato di Milano, il prof. comm. Riccardo Galeazzi; quello di Firenze, il prof. comm. E. Burci; il Comitato di Bologna, il senatore marchese Giuseppe Tanari e l'ing. cav. Lambertini.

Furono lungamente discusse le modalità di un coordinamento di lavoro e venne deciso di costituire allo scopo una Federazione Nazionale dei Comitati, lasciando alle singole iniziative regionali piena autonomia di svolgimento e di azione e integrando l'opera di ciascuna con opportuni aiuti da chiedersi al Governo e con equa distribuzione per le varie provvidenze locali.

Furono inoltre espressi dei voti di carattere tecnico sanitario, voti che saranno presentati all'autorità sanitaria militare, e infine venne unanimemente deliberato il seguente ordine del giorno da presentarsi al Governo:

«La Federazione Nazionale dei Comitati regionali per gli storpi, mutilati e ciechi in guerra, invoca dallo Stato provvediemnti atti a risolvere in parte il problema finanziario relativo all'assistenza degli storpi, dei mutilati e dei ciechi in guerra, favorendo ed integrando le iniziative locali, nel duplice intento di fornire e di mantenere gli apparecchi necessari e di aiutare le opere che provvedono alla loro rieducazione professionale».

**I medici pavesi e la guerra.**

Abbiamo già riportato dai giornali di Pavia alcuni cenni sull'assistenza sanitaria di quella città ai malati e feriti di guerra negli ospedali militari di riserva, che già funzionanti sono in numero di 10, non calcolando le cliniche universitarie.

Aggiungiamo ora alcuni dati a dimostrare come largamente i medici di Pavia siano stati adibiti al servizio sanitario militare.

Incominciando dagli ospedalieri, la cui Associazione sin dall'inizio della guerra offrì all'Autorità militare per gli ospedali di riserva il servizio dei medici non chiamati al fronte, abbiamo che, su 22 medici di quell'ospedale, circa un terzo si trova già in zona di guerra e quasi tutti gli altri sono medici militari assimilati negli ospedali di riserva di Pavia. Anche il personale medico delle cliniche è quasi tutto nella zona di guerra, rimanendo i soli direttori e in qualche clinica l'aiuto o un assistente, che sono pure tutti medici assimilati a grado e funzioni militari.

Anche i liberi esercenti hanno dato un largo contributo, sia al servizio sul fronte, sia al servizio — che pure richiede non pochi medici — negli ospedali di riserva, ed ugualmente i medici condotti della città.

Da tutto ciò si vede come la città dell'Ateneo Lombardo ha così contribuito con i suoi medici molto largamente ai servizi sanitari militari, cosa del resto doverosa, ma per cui non deve però mancare lode ai colleghi pavesi, perchè volonterosi hanno accettato il non lieve lavoro per la salute dei nostri soldati. (Dal *Pensiero Medico*).

**Per il personale sanitario degli Ospedali Militari a Messina.**

Il Consiglio provinciale di Messina ha fatto una visita collegiale agli ospedali di Messina ove sono in cura i soldati feriti. Il dott. Lo Cicero, consigliere provinciale, ne trasse argomento per fare in Consiglio la seguente proposta: « Il sottoscritto, in seguito alla doverosa visita fatta in corpo dal Consiglio provinciale ai militari feriti e ricoverati nei diversi sanatorî, oltre che un voto di ammirazione e di plauso ai medici addetti a quegli Istituti, propone che il Consiglio offra ad ogni singolo sanatorio una pergamena artistica in cui siano elencati i nomi dei sanitari, che con tanto zelo assolvono in questo momento il compito più che di medici di veri apostoli ».

Il presidente del Consiglio, on. Fulci, propose di unire nella doverosa distinzione anche le gentili dame infermiere ed il Consiglio, dopo alcune nobili parole del dott. Di Mauro, votò per acclamazione la proposta Lo Cicero e l'aggiunta Fulci.

**La Clinica Medica di Modena e la guerra.**

La Clinica Medica Generale di Modena, diretta dal prof. Giuseppe Zagari, funziona in questo periodo, per disposizione del Governo, da ospedale militare di riserva. Negli scorsi giorni è stata visitata da S. A. R. il Duca di Bergamo, il quale rimase ammirato del funzionamento e dell'efficienza della Clinica.

**Una medaglia d'oro al capo del servizio sanitario delle Ferrovie di Stato.**

Da una Commissione dei medici delle ferrovie di Stato della Sicilia, composta del prof. Brancaleone Pietro, ispettore sanitario capo del compartimento di Palermo, e dei dottori Calderone Gioacchino e Madonia Saverio, quest'ultimo quale presidente sezionale dell'Associazione nazionale dei medici ferroviari, è stata offerta al commendatore dott. Fabbri Guglielmo, capo del servizio sanitario dell'intera rete statale, in occasione della ben meritata assunzione all'altissima carica, un'artistica medaglia d'oro.

Alle brevi parole di presentazione dell'omaggio da parte del prof. Brancaleone, rispose fortemente commosso e profondamente grato il commendatore Fabbri, che ringraziò in persona del promotore prof. Brancaleone, tutti indistintamente gli oblatori, dicendosi legato alla Sicilia da forti simpatie.

**Commissione sanitaria in Francia durante la guerra.**

Una Commissione speciale è stata costituita a Parigi per determinare le norme igieniche e sanitarie a tutela della salute pubblica nella nazione francese durante la guerra.

L'on. Rocco Santoliquido, deputato di Acerenza e presidente dell'Ufficio internazionale di igiene, è stato chiamato dal ministro degli esteri francese a farne parte.

**Sui fasti della Kultur tedesca.**

Ci si comunica:

Spett. Redazione del « Policlinico »,

Vedo riportata a pag. 1123, fasc. 33, del vostro giornale la notizia sullo scempio fatto dai tedeschi di un sanatorio di pazzi, attribuendola alla « Rivista di Igiene e Sanità Pubblica ». Veramente i primi che hanno data la notizia stessa sono i miei « Quaderni di Psichiatria », fino dal marzo 1915, n. 3, pag. 143, e non potevamo essere che noi, giacchè la rivista russa psichiatrica, da cui la togliemmo, giunge in Italia in una copia sola, quella al mio aiuto dott. Kobylinsky. Siccome i « Quaderni » sono giovani e tengono ad essere conosciuti dal pubblico, così vi ho voluto segnalare la cosa per puro amore di verità.

Vostro: E. MORSELLI.

**Il colera in Germania.**

Il « Lloyd » di Londra pubblica la seguente nota del Ministero degli esteri:

Viene riferito che il colera è diffuso in numerosi distretti della Germania.

**Per una vittima del dovere.**

Sulla tomba del medico americano Donnelly, morto in Serbia di tifo esantematico contratto nella campagna contro la terribile malattia, è stata eretta una croce monumentale che porta la semplice iscrizione: « James F. Donnelly, medico militare, Nuova York, S. U. A. » (*Journal A. M. A.*).

---

A Lercara Friddi a 72 anni spegnevasi il comm. **Alfonso Giordano,** cavaliere dei Santi Maurizio e Lazzaro, docente d'igiene mineraria nella R. Università di Palermo.

Fu oratore facondo e forbito scrittore, igienista geniale e decano delle malattie del lavoro in Italia.

Nel 1882 scoprì l'anchilostomiasi nelle solfare di Sicilia e più tardi mise in evidenza ed illustrò la pneumoconiosi.

Dimostrò con originali esami antropometrici comparativi le deformazioni scheletriche ed alterazioni organiche nel corpo dei *carusi* conseguenti al trasporto a spalla del minerale, riuscendo con nobile apostolato ad ottenere rimedi legislativi per la redenzione fisica delle classi lavoratrici.

Fu membro delle Accademie mediche di Roma, Torino, Palermo; delle Società d'igiene di Londra, Parigi e Milano, e fece parte della Commissione Reale incaricata da S. E. Baccelli di studiare le malattie dei lavoratori in Italia, riferendo in un'ampia e dotta pubblicazione: « La Fisiopatologia e l'igiene dei minatori », la più completa sull'argomento, su quelle di questi ultimi e sui rimedi ed avvedimenti atti a prevenirli.

G. G.

---

## Rassegna della stampa medica.

*Brit. Med. Journ.*, 3 lug. SMITH: L'identificazione dei batteri tifo-coli.
*Il Cesalpino*, 1 lug. BILANCIONI: L'opera medico-legale di Ingrassia.
*Giorn. It. d. Mal. Veneree e d. Pelle*, III. COPELLI: Sopra la attenuazione del gonococco. — FILADORO: La cura arsenobenzolica nelle nefriti sifilitiche. — BREDA: Concrezioni calcari e produzioni osteiformi nel connettivo sottocutaneo. — BOSELLINI: Distrofia aplasica ungueale malarica.
*Edinb. Med. Journal*, lug. MARSHALL: Adenoma maligno primario del fegato simulante un ascesso tropicale. — BRANWELL: Studi clinici.
*The Journal A. M. A.*, 3 lug. BRYANT e HENDERSON: Sull'anestesia eterea. — G. F. DYCK e G. R. DYCK: La batteriologia dell'urina nelle nefriti non suppurate. — MC CLENDON: Le differenze nella digestione degli adulti e dei bambini. — WILLOCK: Autosieroterapia della psoriasi e di altre malattie cutanee. — PARKERS: Sulla cura delle scottature. — PORTIS: Alterazioni del sangue da raggi X.
*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 6 lug. MENESTRIER: Sieroterapia della meningite cerebro-spinale. — GAUTIER: La razione del soldato in campagna. — ORIÉ: Trapanazione per ascesso del cervello.
*Folia Medica*, 10 mag. FRUGONI e PISANI: Sulle modificazioni da alcool della reazione di Wassermann. — FERRATA e NEGREIROS-RINALDI: Anemia grave a tipo pernicioso.
*The Lancet*, 10 lug. Medicina di guerra. — HENWOOK: La tubercolosi trasmessa dai libri.
*Pensiero Med.*, 11 lug. Il volume del cuore nei tubercolosi.
*La Pratica Oto-rino-laring.* 15 giu. PUSATERI: Verruca spinosa della faringe. — DELLA VEDOVA: Malattie della voce parlata. — CASTELLANI: Corpi stranieri delle vie aeree.
*Lo Sperimentale*, III. CASTELLANI: Vaccinazioni combinate. — LOMBROSO: Adattamenti enzimatici. — TORRACA: Potere coagulante dei tessuti e plastica emostatica. — QUATTRINI: Il solfuro mercurico colloidale per via endovenosa. — FULLÉ: I pediculi in relazione alle malattie infettive. — FULLÉ: Le vaccinazioni antitifiche negli eserciti.
*Pathologica*, 1 lug. CESARIS-DEMEL: Sulla funzione piastrino-cinetica dei megacariociti e sulle modalità della loro penetrazione in circolo. — SANGIORGI e TROSSARELLO: La reazione di Abderhalden nella sifilide.
*Brit. Med. Journal*, 10 lug. Chirurgia di guerra.
*Riv. crit. di Clin. Med.*, 10 lug. BRIGHENTI: Sintomi radioscopici e clinici dei gastro-enterostomizzati.
*Giorn. Intern. d. Sc. Med.*, 15 lug. CHISTONI: Meccanismo d'azione dell'aconito sopra i sistemi cardiovascolare e respiratorio.
*Il Morgagni* (Riv.), 15 lug. CAVINA: Morfologia e riproduzione della spirocheta pallida.
*La Clin. Ostetr.*, 15 lug. LA TORRE: La morte apparente del neonato e la respirazione artificiale.
*La Presse Méd.* 15 lug., DUJARRIE DE LA RIVIÈRE, LECLERCQ, LÉVY: L'intossicazione da gas irritanti.
*Archives des Mal. du Coeur, ecc.*, lug. LIAN: Impiego terapeutico del riflesso oculo-cardiaco nelle crisi tachicardiche. — HEITZ e DE JONG: Influenze nervose nella produzione dell'edema.
*La Rif. Med.*, 17 lug. MARCOZZI: I tumori primitivi delle guaine vascolari. — FARMACHIDIS: Opoterapia delle glicosurie semplici e del diabete mellito mediante la somministrazione di estratto di tonsille palatine.
*Pensiero Med.*, 18 lug. GANASSINI: Sulla ricerca dell'albumina nelle orine.
*The Lancet*, 17 lug. WALLER: Sull'allattamento naturale. — SMITH: Come misurare l'intelligenza dei prigionieri. — SEHEULT: Isterectomie in rotture d'utero.
*The Amer. Journal of the Med. Sc.*, lug. BOGGS: Radioterapia combinata dei tumori maligni. — OSTENBERG e LIBMAN: La trasfusione di sangue. — REHFUSS: L'achilia gastrica. — WHITE: Polso alternante. — LYONS: L'emetina nell'entamebiasi. — YOUNG: Trattamento della scoliosi.
*Brit. Med. Journal*, 17 lug. HERMANAN-JOHNSON: Diagnosi, prognosi e trattamento delle ferite da fucile di nervi e muscoli.
*Gazz. d. Osp.*, 1 lug. SETZU: Valore della diatermia per la produzione di calore nell'organismo.

## Indice alfabetico per materie.



**Diritti di proprietà riservati. — È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel POLICLINICO o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.**

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. Roma, 5 settembre 1915 Fasc. 36

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



*Importantissimo nuovo Premio semigratuito per gli associati al «Policlinico».*

PROF. F. VALAGUSSA
Libero docente di Clinica Pediatrica nella R. Università, Medico Primario nell'Ospedale «Bambin Gesù» in Roma

**Consultazioni di clinica e terapia infantile**

**(con speciale riguardo alle malattie infettive)**

Il Prof. F. Valagussa, partendo dalle osservazioni fatte in un biennio di primariato nell'Ospedale infantile del Bambin Gesù, ha sintetizzato, per un gruppo di malattie, la sua esperienza clinica, spedaliera e professionale, offrendo ai medici delle consultazioni utili nell'intricata esplicazione dell'esercizio dell'esame e della cura dei bambini.

In queste prime consultazioni sono svolti i capitoli sulle malattie infettive ed in essi è in special modo curata l'esposizione dei metodi di ricerca più moderna ed i mezzi che le nuove conquiste della terapia permettono di praticare.

Un lungo capitolo è consacrato alle malattie gastro-intestinali della prima infanzia che, come è noto, sono le più comuni a riscontrarsi nella pratica e quelle che sono causa della maggiore mortalità dei bambini. In questo capitolo si troveranno esposti in maniera critica i concetti di patologia e di terapia più nuovi e più utili, sia per la profilassi che per la cura diretta delle gastroenteropatie infantili.

Altri capitoli isolati, riferentisi a svariate forme morbose e ad osservazioni anatomopatologiche, completano questo volume che ha un'impronta del tutto individuale e che rispecchia l'osservatore che offre ai colleghi quanto ha potuto ritrarre dall'esperienza di oltre tre lustri in fatto di malattie infantili.

Elegante volume in 16° di pag. VIII-304, nitidamente stampato, con 23 figure intercalate nel testo, L. **3,50.**

**Agli abbonati al *Policlinico* si spedisce per sole L. 2, franco di porto**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## RIVISTE SINTETICHE.

### Il tifo esantematico o tifo degli accampamenti.

Dalla zona di guerra, 27 luglio 1915.

*(Continuazione e fine).*

CLINICA.

Lo scopo principale di queste nostre note è quello di dare un'esposizione al più possibile chiara ed esatta del quadro clinico del tifo esantematico. Vi siamo stati mossi dal dubbio che questa grave malattia sia poco nota a parte dei medici pratici d'Italia. Se dobbiamo esser pronti a combattere un altro nemico, sarà essenzialmente utile avere appreso a conoscerlo nelle sue forme e nei suoi mezzi offensivi.

Il tifo petecchiale è una malattia infettiva acuta di non comune gravità, eminentemente contagiosa, con decorso molto tipico, e con una grande uniformità di sintomi e di reperti. Colpisce indifferentemente a tutte le età; si è osservato che il maggior numero dei soggetti infetti hanno dai 15 ai 25 anni di età.

Fra il contagio e le prime manifestazioni cliniche della malattia decorre un periodo di incubazione che di solito varia dai 5 ai 20 giorni. La durata più comune è di 10-12 giorni. Alcuni autori avrebbero anche osservato che il tifo talvolta si manifesta senza alcun periodo di incubazione. Fra persone intelligenti che potevano precisare il giorno in cui erano stati morsicati

dai pidocchi, si potè stabilire che il periodo di incubazione era durato 10-11 giorni.

Per lo più mancano manifestazioni prodromiche bene apprezzabili. Spesso l'inizio della malattia è preceduto per 1-2 giorni appena da malessere generale, con cefalea, anoressia, spossatezza, vertigini, ecc.

Nella maggior parte dei casi l'inizio si ha bruscamente, in pieno benessere. In molte epidemie è stato costantemente osservato, come sintoma premonitore dell'invasione febbrile, il brivido unico violento od anche ripetuto. Altro sintoma precoce è la nausea con vomito o senza, con o senza dolore all'epigastrio. In rari casi, fra i sintomi prodromici fu notato prurito cutaneo parecchi giorni prima dell'inizio della febbre ed indipendentemente dalla presenza dei parassiti. Altra volta si ebbero fin 14 giorni prima disturbi della deglutizione senza alterazioni speciali. Alle volte la febbre fu preceduta da qualche scarica diarroica non causata da errori dietetici.

Tumultuosa e poco caratteristica si presenta la prima scena sintomatologica di questa malattia che in seguito assumerà così tipica fenomenologia clinica. Il paziente avverte di essere colpito da malattia grave, e subito è vinto da un senso di prostrazione generale, con dolori al capo ed agli arti, arrossamento e congestione del volto, congiuntive iniettate e lagrimanti; respiro frequente, con senso di ruvidezza nel laringe e nella trachea, e talvolta fin dall'inizio con tosse, espettorato mucoso e qualche rantolo umido; dolori a cintura alla base del torace e forte oppressione del respiro; lingua pallida od ugualmente patinosa, sete, perdita dell'appetito, ventre indolente, alvo stittico, urine piuttosto scarse. I polsi frequenti e compressibili. La fisionomia è abbattuta e stanca: non si tarda a leggervi apatia ed intontimento. Frequente è l'insonnia, con ronzìo alle orecchie ed agitazione nervosa. La debolezza iniziale è già grave; e dalla prima febbre l'infermo ha bisogno di tenere il letto.

Tutto ciò può costituire il primo assalto dell'infezione nei casi gravi; ed è tale il quadro che, se non si sappia che v'ha un'epidemia di tifo esantematico, si penserà piuttosto ad una forma di influenza, di bronco-polmonite, di malaria, ecc.

Ma fin dai primi giorni il quadro si rischiarerà: l'andamento della temperatura, l'eruzione cutanea, i sintomi nervosi ed i disturbi dell'apparato respiratorio varranno, sopra tutto, ad illuminare il problema diagnostico.

Wunderlich nel 1857 determinò per primo la curva termica del tifo esantematico. In essa si distingue un periodo di ascensione rapida e di brevissima durata: dalle prime ore la temperatura può raggiungere l'elevazione massima fino a 39°.5, 40, 40°.5 e più; più di rado il massimo è raggiunto a gradi la seconda o la terza sera. Nelle ore del mattino si hanno remissioni leggiere di pochi decimi di grado, di un grado al più.

Il periodo di stato, durante il quale la temperatura si manterrà costantemente elevata, dura 10-12 giorni circa. In un gran numero di casi fu osservata, nel mezzo del periodo di stato, una notevole remissione verso il 7° o l'8° giorno, fino ad un minimo di 37°.5. Dopo questa pseudocrisi, la temperatura risale di nuovo bruscamente, e sembra riprendere e proseguire il suo decorso fino all'esaurimento del processo febbrile.

La defervescenza di solito è anch'essa rapida come l'inizio: spesso la temperatura da 40° scende bruscamente al disotto del normale e non si riaccende più; più frequentemente la crisi si compie con lentezza maggiore, in 36-48 ore. Molto di rado la defervescenza avviene per lisi, ma sarà sempre meno prolungata di quella del tifo eberthiano, e forse dovrà attribuirsi a complicanze bronco-polmonari o d'altra natura.

Nei casi letali si ha ipertermia premortale.

In generale la curva della temperatura è molto uniforme e costituisce uno dei caposaldi principali per la diagnosi.

Il polso nel tifo esantematico è più frequente che nel tifo addominale. Esso in genere è in rapporto alla temperatura: raggiunge e non di rado sorpassa 120-140 battute al minuto. Frequentemente diventa molle, piccolo, appena percettibile, e nei casi gravi disuguale ed intermittente. Talvolta è stato notato il polso dicroto, ma meno costante e meno accentuato che nella febbre tifoide. Il polso ritorna normale con la defervescenza. Nell'esame del polso il sintoma che più colpisce è la straordinaria mollezza dell'arteria: il tono delle pareti vasali è molto diminuito. I toni cardiaci sono deboli, di rado irregolari; talora si hanno leggieri rumori soffianti, specialmente al primo tono.

*Disturbi dell'apparato respiratorio.* — Tutti gli ammalati presentano fin dall'inizio fenomeni più o meno estesi di bronchite, laringite.

Il Wenckebach osservò un caso di laringo-tracheite difterica a rapida diffusione con esito letale. Nell'ulteriore decorso della malattia, anche nei casi favorevoli, questi sintomi non di rado si accentuano e danno luogo a bronco-polmonite e qualche volta a pleuro-polmonite. Di solito nella seconda settimana della malattia si cominciano ad avvertire dei rantoli secchi alle basi,

e nei casi più gravi si nota una zona più o meno ampia di ottusità polmonare, fremito vocale tattile aumentato, respiro bronchiale, e rantoli sotto-crepitanti. Si ha tosse, dispnea, cianosi; e dopo qualche giorno si ha espettorato mucoso, attaccaticcio, e talvolta striato di sangue. Avvenuta la crisi della malattia, la risoluzione della polmonite segue da presso; in questi casi spesso la defervescenza si ha per lisi, e la convalescenza è alquanto più prolungata.

Il Paltauf considera le manifestazioni bronco-polmonari non come appartenenti in proprio al processo infettivo, ma come vere complicazioni. Ci sarebbe da obbiettare a quest'opinione per la straordinaria frequenza di questi sintomi. Forse è più esatto parlare di complicazioni, quando queste manifestazioni toraciche assumono gravità maggiore con fenomeni di bronchite capillare diffusa, di polmonite ipostatica, di polmonite franca. Ciò di solito si verifica nella seconda settimana, ma anche fin dai primi giorni. Manca il dolore toracico puntorio, può mancare la tosse e l'espettorato: perciò non bisogna tralasciare di osservare accuratamente il torace. È frequente la pleurite. Più volte si è avuta la gangrena polmonare.

Per la prevalenza di alcuni di questi sintomi del sistema respiratorio, sono state descritte delle forme cliniche speciali sotto il nome di *bronco-tifo, pneumo-tifo, laringo-tifo*. Nel laringo-tifo si ha raucedine spiccata per ulcerazioni delle corde vocali, pericondrite laringea ed edema della glottide, che può rendere necessario un intervento chirurgico.

*Sintomi nervosi.* — Finchè il sensorio è desto, l'infermo si sente prostrato, accusa cefalea e dolori al tronco ed agli arti, senso di vertigine e ronzìo alle orecchie, insonnia con sogni tristi e tumultuosi, iperestesia generale. Dopo qualche giorno, si cominciano a notare movimenti convulsivi dei muscoli della faccia, che talvolta rendono difficile la parola; tremori frequenti delle mani, e nei casi gravi movimenti carpologici. Talvolta mancano i riflessi patellari, addominali, cremasterici. Quindi l'infermo comincia a perdere la memoria e non è capace di prestare attenzione. Verso il secondo settenario perde la coscienza del tempo e dello spazio, e non riconosce le persone che lo circondano. È molto comune il cosidetto *stato tifoso,* frequentemente accompagnato da grave delirio. Il delirio del tifo petecchiale è molto differente da quello della febbre tifoide. In quest'ultimo l'infermo per lo più giace supino ed è inerte nel suo delirio, e solo per eccezione si muove dal letto e fa atti violenti. Nel tifo esantematico invece si hanno spesso vere idee fisse deliranti, a tipo melanconico. Di solito il tifoso, in uno stato apatico, emette gemiti e lamenti, e vaneggia contro qualcuno, spesso contro chi lo assiste. Non di rado si ha un delirio violento attivo, perfino con tentativi di suicidio. Talvolta una vera forma di delirio di persecuzione mostra di organizzarsi; l'infermo crede di essere perseguitato proprio da chi lo benefica, ed inveisce e minaccia; ha allucinazioni; crede che si voglia sagrificarlo, e si ribella e gestisce e, se può, tenta di commettere atti violenti con le mani, con i denti, in qualunque modo. Con vivacità commenta le sue condizioni, si lagna del cattivo trattamento, diffida delle cure prodigategli. In questo stato, la faccia è congesta, le congiuntive iniettate, l'espressione del volto scomposta e furiosa. Questi accessi durano poco e si esauriscono per la grave prostrazione delle forze dell'infermo.

Dopo lo sfebbramento, sono stati descritti casi di psicosi, sotto forma di deliri da inanizione.

Nella *forma atassica* del tifo prevalgono i fenomeni adinamici o atasso-adinamici. Si può avere la perdita delle urine e delle feci. Frequentemente in queste forme è stata descritta come complicazione la parotite. Essa si manifesta di solito nel secondo settenario; non sempre ha esito in suppurazione. Studiando la frequenza di questa complicazione nel colera, dicemmo in un nostro lavoro delle condizioni anatomiche e fisiologiche ad essa predisponenti in tutte le malattie tossi-infettive a caratteri atasso-adinamici, specialmente per quanto riguarda lo stato igienico della mucosa buccale (v. *Morgagni - Archivio* 1912). Anche nel tifo petecchiale lo stato della mucosa buccale e linguale è favorevole alla comparsa della parotite suppurativa.

Da principio la lingua si presenta coperta da una patina biancastra uniforme piuttosto spessa. In seguito, col sopraggiungere dei fenomeni nervosi, la lingua si fa arida, la patina si fa secca, nerastra, fuligginosa, la superficie della lingua si screpola e dà sangue, che coagulando rende più spessa e nerastra la patina della lingua e delle gengive. Verso la fine della seconda settimana i margini della lingua si inumidiscono, la patina si distacca a tratti, e la mucosa linguale rimane scoperta, di colorito rosso vivo. La mucosa buccale e faringea si fa arida anch'essa, e si copre di detriti e mucosità disseccate sotto forma di fungosità graveolenti. Le labbra sono secche, fuligginose, screpolate. La sete e l'anoressia sono dovute in parte allo stato della mucosa buccale. Queste condizioni locali concorrono a turbare le funzioni delle glandole salivari, e favoriscono la comparsa di fatti suppurativi delle parotidi.

Il Gränz recentemente ha descritto un altro sintoma nella mucosa buccale che per la sua precoce comparsa, se troverà conferma, potrà essere utile alla diagnosi. Al disopra delle arcate del palato, egli ha osservato la presenza di 5-13 macchioline di colorito rosso-scuro del diametro di mm. 1.5-3 e le ha paragonate ad una spruzzata di pennello intinto in un colore rosso vivo sopra una superficie di colorito roseo. Queste macchie furono riscontrate spesso dentro le prime 24 ore, più spesso nel secondo giorno della malattia; nel terzo diventano un po' livide e poi rapidamente impallidiscono. Punti sanguigni simili a questi si possono osservare sulla mucosa normale, ma sono di colorito rosso-vivo e non si modificano in tre giorni. Il sintoma fu costante in tutti i casi esaminati dall'autore, e fu utilizzato anche da altri medici per la diagnosi precoce.

Egli non sa dire se si tratti di esantema o di alterazione dei vasi sanguigni.

Da parte del sistema digerente, oltre la stipsi che è più frequente nei primi giorni, non è eccezionale la diarrea, talvolta anche grave.

*Eruzione cutanea.* — È il sintoma più importante, dal quale la malattia ha preso il nome. Per esso alcuni autori l'avevano classificata fra gli esantemi acuti infettivi. In alcune epidemie di tifo l'eruzione non è mai mancata, in altre è mancata circa nel 6 % dei casi.

Il Netter oltre gli elementi eruttivi che si osservano sull'epidermide, descrive un aspetto marmoreggiato della cute, dovuto a macchie pallide irregolari che non vengono fino all'epidermide: sarebbe un'eruzione sottocutanea, com'egli dice.

L'esantema proprio del tifo compare precocemente, e cioè tra il 3° e il 4° giorno della malattia, a differenza della roseola del tifo addominale che non compare prima del 6°-7° giorno.

Da principio l'eruzione è costituita da piccole macchie roseolari, spesso leggermente rilevate sul piano della cute, di colorito vario dal roseo al rosso vivo, a contorni poco netti, di forma irregolarmente rotondeggiante, talvolta circondate da un alone più pallido. Se ne possono distinguere due varietà: l'una a macchie più grandi e rilevate, somiglianti all'inizio all'eruzione del morbillo, l'altra a macchie piccole della grandezza di una testa di spillo. Nella maggior parte dei casi sono grandi quanto una capocchia di spillo od un grano di canape. Non sono così rotonde come le roseole del tifo addominale.

Talvolta l'eruzione compare dapprima all'epigastrio, alle ascelle, ai polsi, e quindi si generalizza al tronco ed agli arti; talvolta si manifesta da principio al tronco e poi, al contrario del tifo addominale, si estende agli arti ed anche alle mani ed ai piedi, tanto nelle superficie dorsali, come nelle palmari e plantari. Come ha notato il Brauer, è caratteristico il fatto che nella palma della mano le macchie spesso sembrano quasi approfondite. Il dorso della mano e le grandi pieghe cutanee, come le ascellari, sono più abbondantemente disseminate. L'eruzione rispetta la faccia, a differenza del morbillo. Gli elementi eruttivi in certi casi tendono a confluire.

L'intensità dell'eruzione non sempre è in rapporto con la gravità della malattia, benchè nei casi lievi dei bambini essa soglia esser più scarsa.

L'eruzione diventa completa in due giorni. Spesso, durante la febbre continua, le macchie si moltiplicano; ma verso la fine del periodo di stato esse diminuiscono di intensità e tendono ad assumere l'aspetto di macchie giallastre.

Nei primi giorni scompaiono completamente alla diascopia o con la pressione digitale. Nel corso della malattia diventano quasi bluastre ed assumono i caratteri delle petecchie: allora lasciano alla pressione un'impronta giallo ecchimotica, come fanno le macchie di porpora. Le roseole del tifo eberthiano scompaiono sempre alla pressione.

Le petecchie del tifo sono piccole, puntiformi, e non presentano le emorragie più vaste della porpora vera. Rarissime volte sono state osservate efflorescenze emorragiche più grandi e più numerose. È d'uopo ricordare che le ecchimosi possono mancare.

Verso la fine della malattia si ha una desquamazione fine superficiale forforacea, per lo più abbondante e persistente anche dopo parecchi bagni. È stato osservato che, soffregando col polpastrello della dita sulla cute in desquamazione, si ha un fenomeno che ricorda ciò che si ottiene fregando sulla carta con la gomma da cancellare: e perciò si è parlato del *fenomeno della gomma da cancellare.* Cinque casi descritti dal Gränz presentarono una desquamazione singolare: l'esantema dopo lo sfebbramento cominciò a presentare dalle punte delle dita fino all'avambraccio un colorito giallo-sporco dapprima e poi sempre più oscuro, finchè si ebbe la desquamazione a grosse lamelle brunastre.

Nella maggior parte dei casi fra il 12° ed il 14° giorno sopravviene un miglioramento improvviso: l'infermo dorme tranquillamente a lungo, e dopo il sonno si sente ristorato: rico-

nosce le persone e gli oggetti, non delira più, comincia ad accusare appetito, avverte la sua debolezza, il polso è più valido e meno frequente.

Questa fase è accompagnata di solito da sudorazione più o meno abbondante, da poliuria e talvolta anche da diarrea. Nella crisi si riattivano gli emuntori, e si riaprono alla eliminazione dei prodotti tossici.

Anche nel tifo esantematico, come in tutte le malattie tossi-infettive, la cute pare abbia attributi funzionali speciali. Il tipo di queste malattie è il colera, come illustrammo nel *Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle*, 1912. Il fenomeno cutaneo anche nel tifo esantematico deve avere la sua importanza, sia per l'esantema inteso come espressione del processo morboso, sia come coefficente nella risoluzione della malattia. C'è mancato finora l'opportunità di studiarlo con cura speciale.

Dal punto di vista anatomico il Brauer ha osservato che nella roseola del tifo addominale si ha soltanto dilatazione dei vasi sanguigni, e nel tifo esantematico invece i capillari presentano vere alterazioni istologiche.

Dunque, a differenza della roseola del tifo eberthiano, nel tifo petecchiale l'esantema si manifesta precocemente, e più abbondante e confluente, si può diffondere a quasi tutta la superficie cutanea tranne la faccia, persiste più a lungo, si trasforma assumendo dapprima l'aspetto di petecchia, e poi desquamandosi più o meno abbondantemente.

*La milza* è costantemente aumentata di volume, accessibile alla palpazione, di consistenza molle, dolente alla pressione.

Il tumore di milza compare molto precocemente, fin dal 3° giorno; per lo più non è molto considerevole. Già verso la fine della malattia si riduce di volume, e non si palpa più. Talvolta si ha lieve aumento di volume del fegato.

*Le urine* per lo più sono scarse e concentrate finchè dura la malattia; quasi sempre nell'acme della febbre si riscontra lieve albuminuria, che scompare subito nei casi con decorso favorevole.

La diazoreazione è stata riscontrata sempre fortemente positiva. Il Romke ha osservato che essa sarebbe in un certo rapporto con la gravità della malattia, cioè verso il periodo della risoluzione essa rapidamente diminuisce di intensità nei casi a decorso favorevole, mentre perdura nei casi gravi e con esito letale. Sono frequenti la reazione dell'urobilina e quella dell'aldeide di Ehrlich.

*La sierodiagnosi* di Widal per l'agglutinazione dei bacilli del tifo fu trovata sempre negativa od insignificante.

*Il reperto ematologico* riscontrato dal Gränz corrisponde a quello descritto dal Coca nel 1912 e dal Robinowitsch nel 1913. Qualche volta da principio si ha lieve leucopenia, ed in seguito costantemente iperleucocitosi con aumento relativo delle forme polinucleari, diminuzione relativa dei linfociti, assenza di eosinofili, forme irritative fino al 3%, e qualche mielocita neutrofilo. Una diminuzione della colorabilità dei nuclei dei linfociti avrebbe un significato pronostico sfavorevole.

Nel tifo addominale invece è costante la leucopenia.

*
* *

Il quadro clinico descritto corrisponde all'andamento dell'infezione tifosa nei casi di gravità media. A seconda di una sindrome predominante o di un'altra, a seconda di questa o quella complicanza, ed a seconda della gravità dell'infezione, sono state descritte numerose forme cliniche. Di alcune già abbiamo accennato: forma atasso-adinamica, bronco-tifo, pneumo-tifo, laringo-tifo.

Si è parlato di *tifus siderans* quando l'esito letale avviene dopo 2-3 giorni di malattia, ed in qualche caso pare sia avvenuto in poche ore; e di *tiphus laevissimus* quando povera è la sintomatologia, manca persino l'esantema e la guarigione è sollecita. Anche in questo caso l'inizio è brusco con brivido, cefalea e prostrazione delle forze: polso frequente, agitazione, pelle secca e calda, febbre leggiera, sibili all'ascoltazione del torace: dopo 5-7 giorni rapido miglioramento annunziato da sudori profusi. In questi casi la diagnosi si fa solo in rapporto all'epidemia esistente.

Jacquot parla di *tifizzazione a piccola dose* quando i soggetti esposti al contagio presentano sintomi leggieri ed incerti per qualche settimana: malessere, febbre leggiera, stanchezza, nausea, cefalea, insonnia, ecc.

Fra le complicazioni del tifo, oltre le su ricordate, abbastanza frequentemente è stata osservata in alcune epidemie la *flegmasia alba dolens*, in altre le otiti, la formazione di flemmoni, i decubiti sacrali.

La durata media del tifo è di 15 giorni; può prolungarsi, per altro, anche fin oltre la 3ª settimana.

La mortalità è molto variabile a seconda del genio epidemico, delle condizioni di resistenza organica, dell'età degli ammalati e delle loro condizioni sociali. Murchison dà una media del 20 % e Lyons del 33 % nell'epidemia del 1893

in Francia. La media della mortalità in Germania dal 1886 al 1888 fu del 19 %, ad Amsterdam dell'11.6 %; il Wenchebach nel 1901 a Groninga ebbe una mortalità del 7 %. L'enorme mortalità avutasi nella guerra attuale forse è da attribuirsi alla deficiente assistenza del malato, alle ferite gravi e malattie complicanti, e sopra tutto alla scarsa difesa profilattica consentita dalle enormi proporzioni della conflagrazione di popoli contro popoli. Durante l'inverno passato il Tienhoven in Serbia ebbe una mortalità del 90 %. Egli nota però che non era possibile curare gl'infermi perchè difettavano gli ambienti adatti, il personale ed i mezzi d'assistenza.

L'età inoltrata è sfavorevole alla prognosi della malattia; nei bambini il decorso è più mite. I casi più gravi con delirio si hanno più frequentemente nei soggetti adulti e robusti.

Se l'esito della malattia è favorevole, la convalescenza è rapida per la reazione pronta generale dell'organismo, ed anche perchè, non essendovi state complicazioni da parte dell'intestino, appena si ridesta l'appetito si può dare da mangiare qualsiasi cibo igienico all'infermo, sì che il recupero delle forze non tarderà ad aversi.

Non si ebbero mai recidive in questa malattia.

La mancanza di lesioni intestinali, a differenza del tifo addominale, è dimostrata anche dall'autopsia: mai sono state constatate alterazioni della mucosa intestinale.

Il reperto necroscopico è molto scarso e niente caratteristico. Si riscontra tumore molle di milza, congestione del fegato, polmoni congesti splenizzati od epatizzati, meningi iniettate e liquido ventricolare abbondante, reni congesti, miocardio pallido e flaccido e talora con fatti di degenerazione grassa, ed in alcuni casi piccole emorragie premortali in alcuni organi, compreso il sistema nervoso centrale. La morte avviene per lo più per debolezza del miocardio e per grave intossicazione dei centri nervosi. Vi possono contribuire i focolai ipostatici e pneumonitici. La morte avviene quasi sempre nell'acme del periodo di stato febbrile; in alcuni casi come per collasso dopo una forte discesa della temperatura.

***

DIAGNOSI. — Abbiamo definito il tifo esantematico come una malattia infettiva acuta con caratteri di contagiosità grave, decorso completamente tipico e grande uniformità di sintomi e di reperti. Per lo più la diagnosi di questa malattia viene resa più facile da notizie anamnestiche, dal sapere che infierisce un'epidemia nel paese, dalla conoscenza di possibili rapporti diretti od indiretti del soggetto in esame con focolai di contagio. Ma anche il quadro più classicamente tipico del tifo dev'essere differenziato da numerose malattie che possono presentare caratteri tifosi.

Anzi tutto bisogna dire che nei primi due giorni il sospetto diagnostico può fondarsi esclusivamente sulla anamnesi e sulla notizia di una eventuale epidemia. Nei giorni successivi il problema diagnostico comincerà ad essere rischiarato dal sopraggiungere di sintomi più patognomonici. Ma anche allora ed in ogni caso, il tifo petecchiale dev'essere differenziato dal tifo addominale, dal tifo ricorrente, la polmonite, la malaria, gli esantemi infettivi acuti, la setticemia, la tubercolosi miliare acuta, la meningite cerebro-spinale, ecc.

Se i sintomi bronco-polmonari e nervosi, e sopra tutto lo stato tifoso, possono contribuire a far confondere il concetto diagnostico, di grande aiuto riescono invece la curva termica ed i caratteri dell'esantema.

L'inizio brusco della malattia, la comparsa precoce della splenomegalia e dell'esantema, i caratteri e la localizzazione di esso, la mancanza della diarrea, gli attributi del polso, la defervescenza rapida, la siero-reazione di Widal ed eventualmente la ricerca culturale del bacillo d'Eberth dal sangue e con la puntura della milza, daranno elementi sufficienti per accertare che non si tratti di tifo addominale.

Nel tifo ricorrente l'inizio è ancora improvviso, ma il decorso così caratteristico della curva febbrile, l'assenza di esantema, la ricerca dello spirillo di Obermeyer, faranno evitare il pericolo dell'errore diagnostico.

Una polmonite centrale può restare latente per più giorni e presentarsi con fenomeni tifosi. Il respiro più frequente, il dolore puntorio, il rossore degli zigomi, l'erpete labiale da una parte, e dall'altra l'esantema e le notizie epidemiologiche, faranno precisare la diagnosi.

Nella meningite si rileveranno i sintomi a carico del sistema nervoso centrale: rigidità della nuca, vomito, delirio più grave, fotofobia, fenomeni di paralisi, puntura lombare, ecc.

Nella malaria basta considerare il decorso della febbre, l'esame del sangue, la presenza o meno dell'esantema petecchiale, i sintomi bronco-polmonari, il criterio terapeutico, ecc.

Con la scarlattina e col morbillo il tifo petecchiale ha in comune l'esantema, ma con caratteri morfologici e con distribuzione differenti; e poi varrà la curva termica in rapporto col periodo eruttivo, ed i sintomi concomittanti.

Il tifo petecchiale può mentire a perfezione una setticemia, anche per i caratteri dell'esante-

ma. Spesso dovrà essere differenziato dall'influenza, dalla tubercolosi miliare, dal vaiuolo all'inizio, ecc. Nei casi più difficili all'inizio, il decorso ulteriore della malattia farà accertare la diagnosi.

CURA E PROFILASSI.

La terapia non ha grandi risorse per il tifo esantematico; è semplicemente sintomatica.

Gli eccitanti, il salasso, gli emetici, il mercurio, la chinina, ecc., furono preconizzati per la cura del tifo.

Prima d'ogni altro bisogna curare l'igiene del soggetto malato e dell'ambiente. Le sale dei malati non devono essere molto ingombre, e l'aria dev'essere frequentemente rinnovata. La dieta dev'essere a base di latte e brodo e bevande in grandi quantità (limonate, aranciate). Si curerà molto la pulizia del corpo. L'igiene della bocca e del faringe richiede una speciale accuratezza, e deve essere fatta con sostanze solventi delle mucosità che l'incrostano, con sostanze leggermente antisettiche e deodoranti. Si ungeranno le labbra con miele rosato, sciroppo di more, ecc.

I preparati alcoolici sono utili solo nei casi in cui i caratteri del polso rivelano un certo grado di debolezza del miocardio.

È generale, e con risultati lodevoli, l'uso di mezzi idroterapici, sotto forma di spugnature fredde, impacchi freddi del tronco, bagni ad immersione tiepidi raffreddati. I bagni e la vescica di ghiaccio sulla testa gioveranno nei casi di iperpiressia e di fenomeni cerebrali minacciosi.

Nel corso della malattia è quasi sempre indispensabile l'uso di cardiocinetici, e specialmente utile è la digitale. Le iniezioni di canfora sono molto efficaci in ogni caso.

Si sorveglierà lo stato dell'apparato respiratorio.

La cefalea è un sintoma che richiede speciale attenzione, perchè può essere molto intensa. Alcuni hanno fatto ricorso anche a preparati oppiacei: p. es. le polveri del Dower. Piccole dosi di piramidone o di aspirina di solito bastano. Alcuni sconsigliano il chinino per il ronzio che produce e perchè non gioverebbe. Il Tobeitz lo ha usato abitualmente (gr. 1-1.50 al giorno) insieme con l'urotropina (fino a gr. 2-3 al giorno a dosi crescenti), con risultati favorevoli nei casi leggieri e di media gravità.

Legrain usò le iniezioni sottocutanee di siero di convalescenti in 12 tifosi con buoni risultati: ebbe rapido abbassamento della temperatura che durò 30-36 ore, con miglioramento del polso e dello stato generale. Raynaud in Algeria ottenne risultati analoghi.

Si è introdotta anche la vaccinazione contro il tifo, come abbiamo già detto; ma ancora non si sa se abbia valore pratico. Il Plotz avrebbe trovato utile contro il tifo esantematico il vaccino del tifo addominale....

***

Molto più importante e più arduo è il problema della profilassi individuale e sociale, specialmente in tempo di guerra. Base fondamentale in questa profilassi dev'essere una lotta bene organizzata ed accanita contro i pediculi.

Nella guerra attuale, sapendo di avere a fare con un nemico già decimato in altre sue contrade da questo morbo, bisogna essere sempre vigili per la diagnosi precoce dei primi casi che eventualmente si manifestino. La diagnosi precoce certo non è facile, ma si deve sempre sospettarla e cominciare a prendere le prime misure precauzionali in difesa degli altri.

L'isolamento del soggetto malato dev'essere immediato e rigorosamente mantenuto in appositi lazzaretti; e l'ideale della profilassi vorrebbe ancora che in un locale di osservazione si sorvegliassero tutte le persone di famiglia o che abbiano avuto rapporti con esso. L'infermo, appena ammesso nell'ospedale, deve essere sottoposto alle seguenti misure: taglio dei capelli e rasatura della barba e possibilmente delle altre regioni pelose (anche prima della scoperta del Nicolle si ammetteva l'importanza del taglio dei capelli), bagno caldo di nettezza generale con sapone potassico e spazzola, unzione generale del corpo con olio canforato, benzina, acqua ammoniacale, petrolio puro o sotto forma di soluzione di vasellina e petrolio al 25 %.

Gli oggetti di poco valore possibilmente infetti si distruggono bruciandoli. Gli abiti o si imbevono abbondantemente in benzina che è tra i parassiticidi più efficaci per i pediculi, o si sterilizzano nella stufa a vapore. Tra le unità sanitarie più avanzate del nostro esercito, le Sezioni di sanità sono fornite di stufe sterilizzatrici che, all'occorrenza, possono essere inviate ai posti di medicazione dei reggimenti dipendenti.

Tutti gli individui che hanno avuto contatto col malato verranno sottoposti allo stesso trattamento con taglio dei capelli, bagno e nettezza generale, disinfezione degli abiti ed oggetti personali per la distruzione più radicale dei pidocchi.

Se un caso di tifo si manifestasse in trincea, possibilmente bisognerebbe farla subito abbandonare dai soldati. E se ciò non fosse possibile, bisognerebbe rimuovere e bruciare la paglia e tutti i rifiuti che si trovassero nella trincea, fare

smuovere il terreno con le zappe ed inondarlo con latte di calce, e nello stesso tempo far curare al più possibile la nettezza personale dei soldati per la distruzione dei pidocchi. Sarà necessario far cambiare ad essi la biancheria e magari l'uniforme. I soldati che hanno avuto maggiori contatti di vicinanza col malato dovranno essere più scrupolosamente visitati e ripuliti. Almeno i pochi soldati più vicini si potrebbero fare allontanare dalla trincea per isolarli in località più convenienti.

In questi casi l'opera del medico reggimentale è altamente preziosa, e può, con le misure igieniche più opportune, risanare in modo assoluto una trincea infetta.

Chi ha potuto ammirare l'opera di risanamento delle nostre trincee e la bellezza igienica delle trincee stesse risanate dai nostri medici militari a Tripoli nel 1911 alla prima minaccia di un'epidemia di colera, è profondamente convinto che a questa lotta ad oltranza non possono mancare i più benefici risultati.

Come allora in Tripolitania, l'ispettore capo della Sanità militare, tenente generale L. Ferrero di Cavallerleone ha fatto diffondere fra gli ufficiali medici le norme generali della campagna sanitaria in questa guerra. I nostri ufficiali sapranno completarle e sopratutto adattarle alle esigenze ed alle particolarità del momento e del luogo.

Nel fascicolo 30 di questo giornale il solerte capitano medico Mendes illustra come ha potuto utilizzare a questo scopo il *tabiai* delle Alpi dolomitiche, e come ha potuto organizzarvi il servizio di profilassi contro il pericolo dell'infezione tifosa, rivolta per ora ai prigionieri di guerra.

Il campo di questa grande opera di profilassi è molto vasto. I prigionieri devono subire le stesse misure di pulizia personale e di sterilizzazione degli abiti, devono essere sottoposti ad un periodo di isolamento e di osservazione di almeno 15 giorni prima che siano internati nel nostro paese, e poi bisognerà farli viaggiare in carri speciali che possano essere facilmente lavati e disinfettati.

Anche per i profughi delle terre che noi verremo occupando è stato predisposto dalle autorità sanitarie un servizio di sorveglianza igienica e di osservazione. Essi, i nostri fratelli redenti, vengono direttamente da contrade tenute e difese da soldati provenienti dalla Galizia e da altre località largamente battute dal morbo; e, nell'interesse della patria nostra che è la loro, sapranno sopportare quest'altra piccola limitazione della libertà personale.

Dunque la prima linea di difesa del nostro esercito e del paese nostro contro il pericolo del contagio dev'essere organizzata fra i prigionieri ed i profughi. Ma l'igiene della trincea e dell'accampamento dev'essere il baluardo più saldo, dove più attiva e completa l'opera profilattica deve esplicarsi a difesa del paese tutto. Quivi deve essere bandita fra i soldati una crociata igienica contro i pidocchi. Il soldato nostro ama la pulizia del proprio corpo e ne gode: occorre insegnargli il modo di curarla nelle nuove condizioni di vita dove la patria l'ha chiamato.

Ed anche nelle provincie al di qua dei vecchi confini, questa lotta preventiva non deve mancare. Gli asili notturni, le prigioni, le caserme sopratutto, le scuole, gli ospedali, le chiese, gli alberghi d'infimo grado, vanno sorvegliati: dovunque devono diffondersi ed applicarsi le norme più generali per la lotta contro i pediculi.

Nell'assedio di Sebastopoli le armate inglesi, grazie alle eccellenti condizioni igieniche in cui furono tenute, vennero colpite dal tifo esantematico soltanto nella proporzione di 6 casi su 10,000. Le armate francesi al contrario ne furono decimate; ed anche fra queste Jacquot potette osservare che nei corpi di truppa fra i quali l'igiene era meglio rispettata, la diffusione dell'epidemia fu molto minore.

Alla stessa ragione fu dovuto in parte se l'armata tedesca nella guerra del '70-71 fu preservata dal contagio. Così pure è mirabile il risultato ottenuto dal Nicolle in Tunisia, che riuscì in due anni a spegnere la grave epidemia, ottenendo con ogni mezzo la cooperazione del pubblico nella battaglia igienica, e sopratutto curando che in tutti i luoghi pubblici si accertasse e si combattesse l'eventuale presenza di pidocchi.

In questo giornale varie volte è stato scritto delle diverse sostanze insetticide più efficaci contro i pidocchi e dei metodi più efficaci per la loro distruzione.

Si è pure cercato di organizzare questa profilassi nel senso di difendere l'individuo contro la possibilità di essere infettato dai pediculi. Fra eserciti numerosi questi non possono essere che dei tentativi più o meno utili in proporzioni più o meno limitate. Il Kisskalt in Germania ha voluto fare esperimentare dagli ufficiali le maglie di seta, perchè sembra che il pidocchio debba sfuggire gli abiti di seta: ma si sono avuti risultati molto magri e poco pratici. Si è consigliato di portare con sè, sotto gli abiti, delle sostanze attive contro i pidocchi: olii essenziali, naftalina, i derivati dell'aglio, fiori di

zolfo, polvere di pepe. Ma è sempre molto difficile trovare una sostanza tale da poterne diffondere l'uso su larga scala fra masse enormi di soldati.

La benzina ed il petrolio forse si prestano più d'ogni altro mezzo ad essere abbondantemente usati. I parchi del Genio, sempre ben dotati di benzina, potrebbero fornirne ai Corpi in grande quantità.

* * *

Abbiamo veduto il grande contributo che i medici ed il personale di assistenza sogliono dare alla mortalità per questa malattia. E quindi sarà giustificabile un breve cenno particolarmente dedicato alla profilassi del medico.

Il medico deve guardarsi da tutto ciò che possa favorire il passaggio dei pidocchi sul suo corpo. Egli deve coprirsi con vesti bianche in modo che meglio risalti alla vista la presenza di insetti fra di esse. In Francia hanno adottato un tipo speciale di veste, detta abito verde o tenuta verde, perchè fatta di stoffa di questo colore, sul quale pare che distacchi meglio la presenza del parassita. Essa è fatta a forma di sacco, che si introduce di sotto in sopra, aperto in alto, dove arriva alle ascelle e vi si fissa con una cinghia; gli arti inferiori con tutte le scarpe si introducono in due diramazioni della veste, chiuse a cul di sacco. Una specie di giubbetto, senza altre aperture oltre quelle per la introduzione della testa e delle mani, si sovrappone alla prima. L'abito è ben serrato con legacci ai polsi ed al collo. La testa rimane coperta dalla stessa giubba, formante in alto una specie di cappuccio aperto sulla faccia. Il capitano Mendes ha adottato un tipo simile di sopravveste nella Sezione di sanità che egli dirige. Queste vesti hanno il vantaggio di togliersi e di lavarsi con somma facilità.

Inoltre il medico potrà soffregarsi le mani con olio canforato prima e dopo la visita. Eventualmente potrà fare uso di guanti di gomma per potere osservare il paziente con maggior sicurezza.

P. SABELLA.

**INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA**

**Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi, - Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.**

**Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostr Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.**

***Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:***

**Roma - Via del Tritone, 46 - Roma**

# LETTERE DAL CAMPO.

## Un reparto neuro-psichiatrico in un nostro ospedale da campo.

Fin dai primi giorni della nostra fortunata entrata in guerra, i nostri valenti ed attivissimi medici del servizio della Sanità militare ebbero a convincersi del fatto già osservato e ampiamente illustrato sui campi di battaglia, così in Francia e Belgio, come in Galizia, Polonia e Prussia, che fra i belligeranti si sviluppano con grandissima frequenza e con impressionante violenza e rapidità molte malattie mentali e nervose. E dove questo fenomeno s'è avverato, si è dovuto non meno sollecitamente provvedere, sia per separare gli infermi di sistema nervoso dai feriti e dagli altri ammalati comuni, sia per tentare un trattamento medico e psichico di pronta ed efficace esecuzione.

Fra i medici militari italiani, che servono in prima linea negli ospedali da campo, il Corpo sanitario dell'Ospedale n. 032, appartenente alla III Armata e operante in terre ormai redente alla Patria, fu tra i primi, se non anco il primo, a prendere misure atte a separare, diagnosticare e curare in modo opportnuo i militari incolti da « nevrosi e psicosi di guerra ».

A tale uopo al detto Ospedale 032 fu annesso un reparto per psico-nevrosici, il quale cominciò a funzionare fino dal 13 giugno u. s., cioè dieci giorni soltanto dopo che l'Ospedale era giunto con tutto il suo personale e materiale a destinazione. Il reparto è stato organizzato dal capitano medico, prof. dott. Arturo Morselli, cultore della specialità (il suo « Manuale di psichiatria » è stato or ora pubblicato dall'editore Idelson). Il capitano prof. A. Morselli è tuttora a capo del Reparto ed ha alle sue dipendenze 4 infermieri della Sanità militare, pur essi specializzati.

Il reparto neuro-psichiatrico dell'Ospedale 032 è situato in un edifizio adattato all'uopo. Al pianterreno si trovano due dormitori-camerate, una per alienati ed una per nevrosici in osservazione: accanto è un locale balneo-idroterapico con doccia calda e fredda. Al primo piano sono altre due camerate, delle quali una è riservata ad ufficiali infermi di sistema nervoso; vi si trova pure il gabinetto medico. Dietro all'edificio havvi un giardino alberato, che fu chiuso con rete metallica, alta però appena un metro; vi si trattengono in libertà i ricoverati del reparto sotto la continua vigilanza di infermieri. Nello stesso giardino-cortile fu costruita, con tende, una camera di isolamento, del tutto ap-

partata, dove si accolgono gli ammalati clamorosi.

Tutto il reparto è bene esposto; aria, sole e luce non vi mancano e quasi, diremmo, lo allietano e gli danno un aspetto piacevole. A ciò contribuisce anche la grande pulizia dell'interno: le pareti, bianche in alto, furono dipinte al basso in azzurro. I letti per infermi tranquilli sono quelli comuni, a cavalletto: per gli alienati irrequieti, il capitano prof. Morselli ha, invece, fatto adottare reti metalliche appoggiate al suolo per rendervi più sicura la degenza prolungata (a scopo clinoterapico). Complessivamente, il reparto è capace di 25 letti.

Il movimento degli infermi di neuro-psicosi è stato fin qui abbastanza intenso. Durante i primi settanta giorni d'esercizio (13 giugno-21 agosto) vi si sono avute 196 ammissioni, con una media giornaliera di 18-20 ricoverati presenti. Il reparto serve specialmente come quartiere di osservazione per gli individui alienati, che vi vengono inviati dalle truppe operanti più avanti; però il periodo di osservazione non oltrepassa mai i 10 giorni. Le psicosi accoltevi hanno, in generale, carattere isteroide, talune sono a tipo catatonico, poche a tipo esaltato o maniaco. Fra le neurosi, primeggiano naturalmente quelle psicogene; su di esse e sulle forme morbose veramente eccezionali fin qui osservate, il capitano medico prof. A. Morselli darà ulteriori ragguagli sulle riviste della specialità.

I risultati curativi del reparto neuro-psichiatrico 032 sono veramente incoraggianti e lasciano credere che una più ampia organizzazione d'altri Servizii consimili su tutto il nostro «fronte di guerra» darà vantaggi notevolissimi per la salute e la vigorìa delle nostre truppe. Le guarigioni e i miglioramenti raggiunsero infatti la proporzione del 53 circa per cento! e ciò, nonostante la obbligatoria brevità del ricovero.

Non si ebbe a lamentare mai finora il più lieve incidente: la stessa coercizione, malgrado le non sempre favorevoli circostanze, fu, per principio scientifico e umano ad un tempo, usata parcamente; mai si è ricorso al corpetto di forza; solo transitoriamente si è fatto uso di bande ai polsi dei malati più agitati. A tutti i casi con eccitazione giovò il semplice riposo in letto; largo, per quanto era possibile, è stato l'uso dell'idroterapia; ottima è riuscita l'elettroterapia (faradizzazione a spazzola, a doppio rullo, ecc.).

Ma sopratutto è da rilevare la applicazione della psicoterapia sotto tutte le sue forme, di suggestione, di persuasione, di ipnotismo. Con questi metodi curativi vengono rapidamente migliorati i frequentissimi stati di eccitazione ansiosa, così da renderne poi più agevole il trasferimento in un ospedale delle retrovie o anche in un manicomio territoriale, valendosi di un treno-ospedale: nei primi tempi si incontrarono per ciò gravi difficoltà, ma adesso queste, fortunatamente, si sono superate, e il Reparto 032 si evacua con soddisfacente rapidità tanto da concedere sempre nuove, urgenti ammissioni.

Non di rado certe manifestazioni morbose psicogene di natura «isterica» (p. es. paraplegie, sordità, mutismi, ecc.) vi si videro guarire in soli 6-8 giorni di ricovero e di trattamento psicoterapico: fra gli altri, sono da ricordare 29 casi di cosidetto «mutismo da battaglia» completamente guariti... e il più spesso con rinvio al fronte!

L'esempio dato dal personale sanitario dell'Ospedale 032 ci fa ritenere che un buon numero di malattie acute del sistema nervoso fra le truppe belligeranti può essere guarito *quasi in posto*, evitando così il periodo di vederle poi farsi tenaci e ribelli, qualora non siano sottoposte a sollecita cura per opera di medici competenti o colti in neuro-psichiatria.

Q. P.

# SUNTI E RASSEGNE.

## MEDICINA.

### Il coma nell'emorragia cerebrale.

Non è giusto ritenere che ogni lesione a focolaio del cervello, la quale si accompagni ad un *ictus*, debba portare con sè il coma completo: questo invece è l'espressione fedele dell'emorragia cerebrale.

Questa asserzione (che però non bisogna capovolgere, perchè la reciproca non è esatta) viene appunto sostenuta ed in base a reperti clinici ed anatomici documentata, da Pierre Marie e Léon-Kiadberg (*Presse méd.*, n. 45, 1914).

Prescindendo dalle emorragie della base, dei peduncoli e del ponte, che sono mortali per la lacerazione di tessuto nervoso sede di organi indispensabili alla vita, nelle comuni emorragie dei nuclei grigi centrali è indispensabile l'intervento di un altro fattore: la compressione del cervello.

Gli AA. non ammettono l'opinione che il coma sia conseguenza dell'inondazione sanguigna ventricolare, avendo constatata presenza di sangue nei ventricoli in casi dov'era assolutamente mancato il coma: essi ritengono invece che per

la produzione di un coma completo e persistente si trovino simultaneamente sospese le funzioni dei due emisferi, ciò che in altri termini significa che l'emisfero sano deve trovarsi compresso e schiacciato contro la parete cranica per effetto dell'aumento di volume dell'emisfero colpito da emorragia. Ed a produrre quest'aumento di volume concorre, oltre che il sangue stravasato, anche una specie di edema, di probabile natura infiammatoria e che si manifesta dopo cinque o più ore dall'*ictus*.

Incidentalmente gli AA. avrebbero notato che le emorragie del talamo ottico producono un aumento di volume dell'emisfero in senso antero-posteriore e quindi non si accompagnano al coma, poichè non comprimono l'emisfero sano, mentre ciò avviene per le emorragie del nucleo striato, che si espandono in senso trasversale.

Per osservare queste modificazioni del cervello si consiglia la tecnica seguente: fissare, almeno 12 ore avanti l'autopsia, gli emisferi *in situ* mediante un'iniezione intracranica, attraverso il naso o l'orbita, di circa 200 cmc. di soluzione di formolo al 25 %. Quindi estrarre il cervello e tenerlo per almeno dieci giorni in soluzione di formolo al 10 %, in modo da esser certi che il sangue dello stravaso, se anche considerevole, sia tutto coagulato; praticare quindi delle sezioni orizzontali totali. Si vede così bene il grado di compressione che l'emisfero sano ha subìto da parte dell'emisfero emorragico; questa compressione del resto non è sempre proporzionale al volume dello stravaso emorragico, ma è anche dipendente dalla sede del focolaio, dalla resistenza della falce cerebrale, dall'epoca d'apparizione, dall'intensità e dalla sede dell'edema secondario. Quel che però è certo è che, affinchè si produca il coma, occorre che esista compressione dell'emisfero sano.

Gli AA. riportano numerose osservazioni anatomo-cliniche che comprovano questa dipendenza, e diverse figure molto dimostrative.

In una prima serie si tratta di 9 casi, in cui mancarono simultaneamente il coma durante la vita e all'autopsia i segni della compressione dell'emisfero sano; nonostante che in tre di questi casi esistessero per di più nefrite cronica, alcoolismo, epilessia, tubercolosi, ecc.

In una seconda serie sono riportati cinque casi (tutti di emorragia sinistra, che sembra più grave) nei quali al coma corrispose all'autopsia l'esistenza di una evidente compressione dell'emisfero sano.

Restano quindi tre osservazioni intermedie, nelle quali si manifestò durante la vita un coma incompleto e fu trovato all'esame anatomo-patologico un modico grado di compressione dell'emisfero sano.

Da tutto ciò gli AA. concludono che « nè lesioni cerebrali pregresse, nè uno stato generale grave, nè un'infezione acuta in atto, nè una malattia dei visceri, nè l'età avanzata, nè l'inondazione ventricolare portano con loro, in caso d'apoplessia, il coma assoluto e completo: l'esistenza del coma, il suo grado e la sua assenza sono in funzione della compressione dell'emisfero sano e della intensità di questa compressione ».

Da siffatta conclusione deriva quindi, come inevitabile postulato, l'idea d'una terapia decompressiva.

Nell'apoplessia comatosa già vari autori hanno pensato di ricorrere ad altri mezzi oltre le classiche *cure igieniche*. Il vecchio sanguisugio, tendente ad abbassare la pressione sanguigna, può essere dannoso poichè non sempre l'ipertensione è causa di emorragia, ma in taluni casi è effetto. La legatura o la compressione della carotide primitiva non possono essere utili che nei primi momenti seguenti l'*ictus*, e quindi non sono pratiche.

Si sono tentati interventi chirurgici intracranici nell'emorragia cerebrale, ma essi hanno avuto il torto di essere diretti contro il focolaio emorragico, cercando, attraverso la corteccia cerebrale, di raggiungere il coagulo sanguigno. Nonostante che sia riportato qualche caso favorevole fra i pochi tentati, resta sempre discutibile un'operazione per se stessa così indaginosa, poichè se il coagulo non è formato, si corre il rischio, aprendo, di provocare una nuova emorragia: se poi il coagulo è formato (e bisogna ricordare che la coagulazione del sangue stravasato avviene assai lentamente) è difficile e pericoloso enuclearlo e non si può dire che i risultati cui si può andare incontro lasciando una cavità beante e sanguinolenta sia certo migliore di quelli che si possono ottenere lasciando a sè il riassorbimento, che si può spingere fino al punto di lasciare come residuo una semplice cicatrice lineare ocracea.

L'intervento invece da consigliare è assai più semplice e più giustificato: *la trapanazione decompressiva dell'emisfero sano*. Questa decompressione va fatta praticando una larga breccia temporo-parietale ed evitando possibilmente nel malato, che del resto è comatoso, ogni genere di narcosi. Secondo lo stato di tensione, resta affidato al chirurgo di aprire o non anche la dura madre.

Pierre Marie e Léon-Kindberg riportano particolareggiatamente quattro casi di emorragia comatosa così trattati: meno uno, che fu operato

*in extremis,* negli altri tre, se pur si ebbe l'esito fatale, gli autori riscontrarono il miglioramento immediato e indubbio di tutti i gravi sintomi, fino alla scomparsa del coma.

Certo ad una prognosi favorevole presso questi infermi si oppongono molti altri fattori indipendenti dalla lesione cerebrale: ma ove si pensi che questo intervento operatorio è l'unica speranza di salvezza cui il medico possa attaccarsi, sembra bene giustificato il tentarlo.

Dal punto di vista pratico gli autori suggeriscono alcune regole.

Quando in un quadro d'emorragia cerebrale l'ammalato si trova in coma profondo tre ore dopo l'*ictus,* si può mettere in discussione l'idea di una trapanazione decompressiva, perchè in tali casi si tratta di stravasi voluminosi, che hanno arrecato estese distruzioni di tessuto cerebrale, di cui è difficile si possa sopravvivere. Se invece un infermo di emorragia cerebrale passa, dopo alcune ore od alcuni giorni, da uno stato di coma incompleto ad un coma profondo, bisogna il più presto possibile pensare a far praticare una trapanazione decompressiva *sull'emisfero sano.*

Questo che si è detto per la emorragia, vale anche per i rammollimenti molto estesi, i quali dànno un coma, per lo più stabilentesi progressivamente, e dovuto allo sviluppo di un edema collaterale, che porta per suo conto alla compressione dell'emisfero sano.

G. SABATINI.

## CHIRURGIA.

### Sull'ulcera gastrica con speciale riguardo al suo trattamento per mezzo della gastrostomia.

(W. WATSON CHEYNE. *The Lancet,* 1° ag. 1914).

Quali le probabilità, per un'ulcera dello stomaco, di guarire, se lasciata a sè stessa? Su questo primo punto già le opinioni sono assai discordi; e a ogni modo occorre non dimenicare che le nostre idee sono per lo più basate sulla esperienza ospedaliera, che ha sotto il suo controllo solo i casi più gravi. In uno dei suoi numerosi articoli W. J. Mayo dà varie statistiche di reperti di autopsia: in proporzione sorprendentemente grande (dall'1.30 a un massimo del 20 % di tutte le autopsie) furono trovati i segni di vecchie ulcerazioni gastriche: la diversità nei risultati dei diversi osservatori sembra doversi attribuire al fatto che tali segni non sempre sono facili a rintracciarsi. Ora, poichè il numero delle persone che muoiono di ulcera gastrica e sue complicazioni (inclusa la trasformazione in tumore maligno) è assai minore, ne segue che una grandissima proporzione di ulcere debbono guarire senza alcun trattamento speciale.

Una seconda questione, in linea subordinata: se un'ulcera guarisce, quali le probabilità che tale guarigione sia permanente? Sappiamo che alla superficie esterna del corpo le ulcere possono di tanto in tanto riaprirsi, se le cause originali vengono di nuovo in giuoco: e lo stesso sembra accadere per l'ulcera gastrica, se si esamina la sua storia, nella quale sono assai frequenti intervelli di benessere, che separno periodi di acuzie. Ci si può domandare se lo stesso non possa accadere in quei casi in cui la guarigione fu prodotta con mezzi chirurgici, come la gastroenterostomia (col qual termine l'A. comprende sia la gastroduodenostomia sia la gastrodigiunostomia). Se così fosse; insorge il quesito se dobbiamo indirizzarci verso l'esclusione del piloro obbligatoria, allo scopo di distruggere per sempre l'azione naturale del piloro.

Ricordiamo per un momento la storia di un'ulcera cutanea p. es. della gamba. Varî sono gli ostacoli che possono impedirne la guarigione: la causa stessa dell'ulcera può consistere nello sviluppo di microganismi specifici (tubercolari, sifilitici), cui i poteri difensivi naturali non son capaci di vincere; i movimenti, l'irritazione per opera di agenti chimici possono esser ostacoli assai efficaci; una terza serie consiste nell'imperfetta nutrizione della parte (vene varicose, indurimento dei tessuti vicini, condizioni generali): allontanate queste diverse cause e la guarigione si produrrà rapidamente.

Se ora prendiamo il caso dell'ulcera gastrica le cause infettive sono relativamente rare e possono esser lasciate da parte: ma il motivo principale che impedisce la guarigione consiste probabilmente nei movimenti continui dello stomaco per la digestione del cibo, nella presenza del succo gastrico acido, nella malnutrizione del soggetto. Si aggiunga che nel caso dell'ulcera i movimenti peristaltici sono più accentuati anche perchè indipendentemente da qualsiasi stenosi cicatriziale la presenza dell'ulcera provoca uno spasmo pilorico; e lo stesso si dica per l'acidità, chè è noto che in questi casi è quasi costante l'ipecloridria: se le cellule epiteliali normali sono indubbiamente dotate di una notevole resistenza all'azione del succo gastrico, lo stesso non può dirsi quando divengano deboli o malate. E infine contribuisce al difetto di guarigione la cattiva alimentazione generale dell'organismo per la cattiva alimentazione e per l'anemia emorragica. Ostacoli suppletivi sono poi l'indurimento dei tessuti periulcerosi e l'aderenza che l'ulcera contrae con le parti vicine.

Orbene gli attuali nostri metodi di trattamento chirurgici o medici non corrispondono sempre alle indicazioni necessarie per la guarigione. Delle cure mediche la migliore senza dubbio è l'astensione completa dall'alimentazione boccale, sostituendovi quella rettale, ma non si può dire davvero che questa riesca, a lungo andare, a mantenere buona la nutrizione del paziente. E nemmeno i metodi chirurgici sono del tutto soddisfacenti. La gastroenterostomia non mette lo stomaco a riposo e presumibilmente fino a che dura la triturazione un'attività muscolare aumentata tiene chiusa l'apertura artificiale facendo sì che il cibo non esca troppo presto dallo stomaco; d'altro lato col rimediare all'ostruzione pilorica la gastroenterostomia diminuisce notevolmente l'ipercloridria e secondo L'A. è senza dubbio a ciò che si devono i buoni risultati che si hanno da questa operazione. L'escissione dell'ulcera è certamente il metodo più efficace e difatti esso va prendendo sempre maggiore applicazione ma è operazione grave e non applicabile in tutti i casi. In complesso l'A. crede si possa affermare che mentre l'uno o l'altro dei metodi chirurgici attuali possono in genere beneficare la maggior parte dei casi di ulcera, non imitino i metodi naturali e perciò ideali di guarigione: rimane sempre un certo numero di casi in cui i risultati non sono completamente o affatto soddisfacenti: p. es. le ulceri situate vicino al cardias o le ulceri aderenti della parete posteriore o le ulceri od erosioni mucose piccole e multiple.

Stando così le cose, abbiamo noi esaurito le nostre risorse chirurgiche e ci dobbiamo limitare a miglioramenti di tecnica? L'A. non è di questo parere. Da lungo tempo egli ritiene che in molti casi non trattabili con gli altri metodi la gastrostomia conferisce allo stomaco un riposo più completo. Un caso simile gli accadde nell'aprile scorso. Una signora di 65 anni presentava i segni tipici di un'ulcera gastrica che la radioscopia dimostrò risiedere sull'estremità cardiaca dello stomaco; mancavano i segni dell'ostruzione pilorica. All'operazione la diagnosi fu perfettamente confermata: la escissione era quasi impossibile e certo assai pericolosa, la gastroenterostomia a valle dell'ulcera inutile sec. l'A. per antica convinzione: egli allora lasciando a sè l'ulcera praticò una gastrostomia alla Witzel introducendo una sonda attraverso il piloro per circa 8 cm. nel duodeno. Questa fu lasciata *in situ* per sei settimane cominciando una leggera alimentazione boccale solo alla 6ª settimana; durante tutto il tempo si somministrò per bocca carbonato di bismuto e bicarbonato di soda come antiacidi antisettici. Fu scelto il periodo di tempo suddetto perchè esso di regola è più che sufficiente per la guarigione di ulceri callose esterne assai più vaste. Il risultato immediato fu la scomparsa del dolore e dei disturbi; l'introduzione del cibo alla fine della 5ª settimana non produsse alcun fastidio; dopo la rimozione della sonda la ferita si chiuse in pochi giorni; e da allora non si è avuto più alcun disturbo.

Ora se consideriamo l'effetto della gastrostomia in questo caso il primo punto è che lo stomaco fu posto completamente a riposo sia meccanicamente, sia chimicamente: l'alimento arrivava direttamente nel duodeno e non v'era quindi necessità di movimenti peristaltici: di più esso non veniva in contatto con l'ulcera nè andava incontro ad alcuna decomposizione nello stomaco. Inoltre il paziente era sufficientemente nutrito e quindi si trovava nelle migliori condizioni per la guarigione. Se si considera invece la gastroenterostomia già su ciò che è considerato il miglior vantaggio, cioè la permanenza del rimedio, si possono elevare dei dubbi. A parte poi delle ulceri non trattabili con l'escissione a causa della loro situazione pericardica e della loro fissazione a organi importanti, v'è una considerevole classe di piccole ulceri, piuttosto erosioni superficiali, che tuttavia possono dar luogo a cospicue emorragie e che non possono esser trattate nè con l'escissione nè con la gastroenterostomia: in tali casi la gastrostomia appare specialmente indicata.

Ma c'è di più: tale operazione è probabilmente da preferirsi alla gastroenterostomia anche nei casi di ulceri peripiloriche e che non possono essere escisse. Nè è da credere che la sonda venendo a contatto con l'ulcera arrechi disturbi: invece sappiamo che nel caso di stenosi uretrale il miglior mezzo per eliminare l'indurimento delle parti consiste nel catetere a permanenza per qualche giorno. Sec. l'A. tale trattamento corrisponde più alla linea naturale che gli altri metodi in uso, specialmente la chiusura artificiale del piloro.

Mentre, per quanto è a conoscenza dell'A., la gastrostomia non è stata finora indicata come trattamento dell'ulcera gastrica, la digiunostomia è stata eseguita in un considerevole numero di casi di ulcera duodenale: ma sebbene essa abbia avuto caldi sostenitori non sembra abbia preso molto piede. Secondo l'A. essa non possiede gli stessi vantaggi che la gastrostomia in certe ulceri gastriche. Sembra che l'ulcera duodenale provochi e mantenga ipercloridria e aumento di motilità gastrica che possono continuare anche se il paziente è nutrito attraverso una fistola digiunale. E non recherebbe sorpresa se anche nell'ulcera duo-

denale una gastrostomia con passaggio di una sonda bene spinta nel duodeno combinata con l'affondamento dell'ulcera rispondesse meglio che la digiunostomia e sostituisse possibilmente la gastroenterostomia e occlusione del piloro in quei casi nei quali l'affondamento dell'ulcera non produce grave stenosi del lume duodenale.

SEBASTIANI.

## ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### Società medica chirurgica di Bologna.

Comunicazioni scientifiche.

Prof. V. PUNTONI (assistente e libero docente d'igiene). *Influenza delle variazioni climatiche (cambiamento d'aria) sui microbi intestinali.* — Oggetto di ricerca fu particolamente il colibacillo, che per essere di facile studio venne preso come indice delle variazioni generali. Dalle sue esperienze condotte sopra animali, l'A. ha veduto che il cambiamento d'aria porta costantemente ed immediatamente alla scomparsa del colibacillo individuale ed alla sua permanente sostituzione con un'altra razza colibacillare. Tali mutamenti sarebbero da ritenersi derivati da modificazioni primitive dell'ambiente intestinale, che trasformano secondariamente l'equilibrio microbico esistente. Da questo punto di vista il «cambiamento d'aria» sarebbe da considerarsi come una batterioterapia intestinale spontanea.

Dott. A. SANGUINETTI (assistente volontario della R. Clinica medica). *Effetti della soprarenina sulla milza e sul sangue dei leucemici.* — Ha iniettato un centimetro cubico di soprarenina Hoechst in leucemici cronici, ed ha potuto confermare l'esperienza di Alb. Ha veduto cioè una pronta diminuzione di volume della milza e poi dopo alcune ore un ritorno della milza ai limiti precedenti. Inoltre, mentre la milza si impicciolisce, aumentano i mononucleati normali e anche le forme in distruzione. Questo aumento di corpuscoli bianchi nel sangue non lo ha potuto constatare in splenomegalici dove però si è avverato il primo fatto, cioè una notevole riduzione della milza.

Il prof. DAGNINI ricorda che, in un caso di leucemia linfoide e in un altro di leucemia mieloide, osservò egli pure notevole aumento dei globuli bianchi, ma il volume della milza non si modificò in modo sicuramente dimostrabile.

Dott. G. CAVINA (assistente dell'Ospedale Maggiore). *Ricerche sperimentali intorno alla stenosi dell'arteria polmonare.* — Riferisce intorno ad una serie di esperienze condotte su conigli, mostra fotografie macro e microscopiche e legge le conclusioni. Da queste è indotto a pensare che nell'uomo la causa della ectasia polmonare che spesso si incontra associata alla stenosi dell'ostio arterioso destro, sia da riferirsi non già all'ipertensione o alla stasi, come da alcuni è stato supposto, ma, piuttosto alla diminuita resistenza della parete vasale di fronte alla pressione sanguigna, per effetto di un processo infiammatorio o degenerativo che ne abbia primitivamente alterata la struttura.

Prof. V. PUNTONI. *Influenza dei gas putrefattivi sui microbi tifici e paratifici latenti nell'intestino.*

Dott. GUIDO M. PICCININI.

### Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti

Adunanza ordinaria del 20 giugno 1915.

A. RONCATO e G. TESSIER. *Sulle degenerazioni nel bulbo e nel cervelletto dei colombi, consecutive ad asportazione dei canali semicircolari rilevate col metodo del Donaggio* (presentata dal prof. A. Stefani). — Si dimostrano col metodo del Donaggio le degenerazioni che si verificano nel bulbo e nel cervelletto dei colombi operati nei canali semicircolari, degenerazioni che erano state dimostrate solamente col metodo del Marchi e che qualche sperimentatore ha di recente negate.

C. PORLEZZA. *Sull'assorbimento delle sostanze sciolte nell'acqua salsoiodica, e specialmente dell'acido borico, per parte degli ammalati che fanno la cura di Salsomaggiore* (presentata dal prof. R. Nasini). — L'A. per iniziativa e sotto la guida del prof. E. Baistrocchi, direttore del Sanatorium di Salsomaggiore, ha studiato negli ammalati, che fanno la cura delle celebri acque, l'assorbimento delle sostanze sciolte nell'acqua. Ha limitato le sue indagini all'acido borico e ai sali di litio. È giunto a risultati di un certo interesse riguardo allo assorbimento dell'acido borico e i risultati vengono esaminati e discussi in questa nota.

A. DIAN.

Il fascicolo di settembre della nostra Sezione medica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. P. SISTO. *Studio anatomo patologico dell'ittero emolitico* (con una tavola litografica).
2. Dott. V. MASSAROTTI. *La cura endovenosa del preparato Ehrlich-Hata nella paralisi progressiva.*

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### Azione della nicotina tabagica sul sistema circolatorio.

È molto discussa l'azione del fumo sull'organismo umano: alcuni lo considerano sempre dannoso, altri ritengono che possa favorevolmente influenzare l'organismo, in ispecie come eccitante delle funzioni psichiche e della peristalsi intestinale. Il Pawinski (*Zeitschrift f. klinische Medizin*, Bd. 80, 1914) avendo compiuto delle ricerche statistiche sui fattori etiologici dell'arteriosclerosi (esclusa la sclerosi delle coronarie), è venuto alla conclusione che l'abuso del fumo occupa nella serie di tali fattori un posto subordinato: il primo spetta all'obesità, il terzo all'alcool, il quarto alla sifilide. Nell'eziologia della sclerosi delle coronarie, invece, l'abuso del fumo, sempre secondo gli studi dell'A., occupa il primo posto; seguono a gran distanza l'obesità, l'alcool, le eccitazioni psichiche e infine la sifilide.

Che il fumo costituisca il principale momento eziologico dell'angina pectoris, risulta anche dagli studi di Bouchards Dunin e Huchard, Max Herz e altri.

Tale azione tossica del tabacco sull'organismo umano sembra dovuta alla nicotina, la cui tossicità si avvicina a quella dell'acido prussico: dosi di 0.001.-0.003 sono già sufficienti per produrre nell'uomo segni di avvelenamento. La nicotina è contenuta nelle foglie del tabacco, e in maggior quantità (da 0.5 a 8 %) nei tabacchi più fini. Il tabacco da fumo contiene anche, oltre la nicotina, due basi: la piridina e la collidina.

Secondo le esperienze di Sée, Rochefontain e Dondieu, la piridina attenua l'eccitabilità del midollo spinale e del centro respiratorio: questa osservazione indusse il Sée a adottare la piridina come mezzo terapeutico nella cura dell'asma bronchiale e dell'angina pectoris.

Il tabacco da fumo contiene anche idrogeno solforato, ammoniaca, acido carbonico, ecc.

Primo a studiare l'azione della nicotina sull'apparato circolatorio fu Claude Bernard, il quale riconobbe che essa è un veleno del vago.

Secondo Traube la nicotina esercita un'azione molto affine a quella della digitale, in quanto i due alcaloidi eccitano fortemente gli apparecchi nervosi regolatori e motori del cuore: la differenza starebbe in ciò, che la digitale spiega un'azione anche sulla fibra muscolare.

Ulteriori studi hanno però portato alla conclusione che la nicotina esercita un'azione sulle fibre muscolari cardiache e che la sua azione si estende anche ai vasi sanguigni, portando così ad un aumento della pressione. Dopo tale periodo di aumento di pressione, si ha un abbassamento di essa al disotto della norma: negli animali da esperimento tale abbassamento può finire con la morte.

Nuova luce sul modo di agire della nicotina sul sistema nervoso portarono gli studi di Longley e Anderson, i quali poterono dimostrare che la nicotina è un potente veleno per le cellule del sistema nervoso vegetativo (simpatico ed autonomo). Per quanto riguarda il ritmo cardiaco, sotto l'azione della nicotina si ha dapprima bradicardia; segue aritmia. Quanto alle *alterazioni anatomo-patologiche* prodotte dalla nicotina, Otto riscontrò in primo luogo notevole ispessimento dell'intima delle coronarie e loro rami, dovuto a proliferazione degli elementi fissi del connettivo nella tunica media; trovò inoltre necrosi dei fascetti muscolari, tumefazione torbida, scomparsa degli elementi elastici. Nel muscolo cardiaco la nicotina produce alterazioni del parenchima e del tessuto interstiziale.

Clinicamente l'azione della nicotina sull'organismo umano si manifesta con alterazioni del ritmo cardiaco e comparsa di extrasistoli ed intermittenze: tali alterazioni si manifestano per solito nell'uomo circa 10 anni dall'inizio dell'abitudine del fumare; nelle donne si avrebbe alquanto prima. Nei forti fumatori sopravvengono in seguito ansia precordiale e bradicardia. Fra le turbe cardiache funzionali va ricordata anche l'angina pectoris spuria o falsa che si manifesta con senso di pressione al torace e dolore intenso nella regione sternale o dell'itto cardiaco, irradiantesi lungo il plesso brachiale nella estremità superiore di sinistra, fino alle dita. Questa forma è causata evidentemente da un crampo delle coronarie. Tale forma può trasformarsi nella angina pectoris vera, in seguito a sclerosi delle pareti arteriose.

A completare il quadro clinico dell'azione della nicotina, sopravvengono fatti di arteriosclerosi generalizzata (claudicazione intermittente, turbe a carico dei vasi cerebrali e spinali, disprasia intermittente angiosclerotica intestinale, ecc.). Spesso, abolendo l'uso smodato dal fumo, si ottengono subito evidenti miglioramenti.

R. B.

## TERAPIA.

### La cura del decubito.

Il disturbo di nutrizione della cute e del connettivo sottocutaneo più frequente in pratica è il decubito; esso si osserva specialmente negli ammalati magri, in quelli di età avanzata, nei cachettici e in particolar modo nei paralitici. Per lo più si sviluppa alla regione sacrale, più di rado alle scapole, ai calcagni, agli alluci (*Mediz. Klin.*, 1914, n. 24).

In poche affezioni la profilassi ha così grande importanza come nel decubito. La cute in dette regioni, nelle quali va soggetta facilmente alla necrosi da compressione, sarà lavata regolarmente con acqua saponata fredda, con alcool, con alcool canforato e si farà così più resistente. Si eviti l'applicazione di unguenti e di impacchi umidi, chè macerano la cute; è consigliabile invece l'uso metodico di polveri. Il cuscino ad acqua o la ciambella ad aria servirà a diminuire la pressione sul piano del letto. De Ambrosis ideò dei cuscinetti para-decubiti, fatti di feltro di lana spalmato di gelatina mista a gomma arabica.

Gli infermi in condizioni gravi, i peritonitici che giacciono in decubito supino passivo, i vecchi immobilizzati per una frattura del collo del femore, gli emiplegici saranno tenuti a permanenza sul cuscino ad acqua; si proteggano i calcagni con anelli di gomma o con tamponi di ovatta. Se lo permette lo stato dei pazienti, di ora in ora si muti il decubito supino in quello laterale.

Se, ad onta di tali precauzioni, si produce una lesione della cute e si ha pallore o arrossamento locale, si ripeteranno più volte *pro die* le lavande e l'applicazione di polveri essiccanti e si farà il possibile per evitare la compressione della parte.

Questo trattamento secco sarà continuato senza posa quando appare una colorazione nera della cute, che sta a denotare una vera necrosi cutanea: questa sarà protetta con polveri antisettiche di iodoformio, di euforina, di vioformio (che è inodore) e con un cuscino. Si sono tentate le correnti di acido carbonico; un buon antisettico modificatore per queste piaghe si dimostra il terpinolo (Malacrida). Dopo il completo disseccamento della cute annerita e necrotica e dopo ben stabilita la linea di demarcazione, la cute necrotica viene asportata con l'aiuto di forbici e di pinze sterilizzate: ciò è assolutamente necessario quando, ad onta della cura, a cagione della poca pulizia si produce un'infezione e al disotto della zona necrotica si origina secrezione abbondante. In tal caso, posta a nudo la lesione, si ricopre poi con garza umida e si tratta come una piaga qualsiasi, avendo cura della sua perfetta detersione. In queste condizioni è opportuno l'uso di unguenti che favoriscano l'epitelizzazione.

Non di rado, in prossimità di un decubito al sacro o ai calcagni, si ha la infiammazione flemmonosa o il formarsi di una raccolta ascessuale, con febbre elevata; la sacca marciosa che si forma nelle regioni glutee o in vicinanza del tendine di Achille sarà incisa e drenata.

G. BILANCIONI.

### Trattamento delle ferite atoniche in guerra.

Di regola in guerra le ferite senza lesioni ossee guariscono abbastanza rapidamente: talora però rimangono atoniche e diventano ulcerose. In tali casi la lesione, generalmente superficiale, che non ha dapprima nulla di caratteristico, si fa violacea, liscia o coperta di granulazioni molli, con i margini tagliati a picco o prominenti. Vi è abbondante secrezione sierosa o purulenta; talvolta si forma qua e là del tessuto cicatriziale, debolissimo, tal'altra l'ulcerazione si approfonda e si estende. Complicazioni di tal genere si osservano sopratutto in soldati debilitati o dediti all'alcool.

La sede di predilezione è al dorso del piede, alla regione antero-interna delle gambe, alla superficie interna delle braccia, ossia dove si ha un'epidermide sottile, circolazione scarsa e contrazioni muscolari rare e deboli, mentre nelle regioni palmare e plantare, dove si hanno condizioni opposte, la guarigione è sempre rapida.

Qualunque trattamento attivo fallisce: gli antisettici irritano e distruggono i tessuti; le medicazioni umide macerano l'epidermide provocando dermatiti e follicoliti; quelle asciutte determinano la formazione di una crosta, sotto la quale prosegue la suppurazione, e dopo 2-3 mesi il paziente è in condizioni peggiori che all'inizio.

Il Debat (*Medical Review*, 1915, n. 8) ha trovato un certo vantaggio col seguente trattamento: medicazione con garza imbevuta di soluzione fisiologica, protetta da uno strato di cotone; esposizione della ferita all'aria aperta per due ore al giorno, aumentando poi il tempo. Quando cessa la secrezione, si sostituisce la soluzione salina con pasta spessa di ossido di zinco o di innotyol. Ogni giorno si fanno compiere esercitazioni per cinque minuti ai muscoli sottostanti alla ferita tenendo l'arto elevato, e si fa l'*effleurage* di tutto l'arto e il pizzicottamento della pelle. Con tale trattamento si può ottenere la guarigione in una quindicina di giorni. F.

# PROBLEMI MEDICO-LEGALI.

## Aborto criminoso e condotta del medico.

La *vexata quaestio* viene nuovamente esaminata in un articolo di fondo del *Lancet* (n. 4795 del 24 luglio 1915, pag. 185). Data la frequenza delle chiamate dei medici per assistere donne sulle quali sia stato praticato aborto criminoso o da persone dell'arte sanitaria o da profani — che l'autore non esita a chiamare *malfattori* —, si presenta spesso al pratico la questione se egli debba o no farne denunzia. Il punto di vista dei magistrati è un po' diverso da quello dei medici i quali si ritengono per lo più legati dal segreto professionale: in generale però tutti convengono che tale legame possa esser rotto quando il giudice, in udienza, interroga il medico come testimone.

Ad ogni modo l'articolista si compiace che il R. Collegio dei Medici di Londra, esaminata minutamente la questione, abbia emesso recentemente (15 luglio 1915) un «giudizio» sulla condotta che il medico deve seguire in questi casi, giudizio che servirà di facile norma al pratico nei casi dubbi e che è fondato sur una specie di *referendum* tra ginecologi, medici legali e magistrati.

In sostanza il suddetto Collegio ritiene che il curante, senza il consenso della persona assistita, non deve rivelare le informazioni ottenute nel corso dell'assistenza prestata: se è convinto, su fatti obbiettivi certi e non sulla sola dichiarazione della paziente, che si tratti di aborto criminoso, deve cercare di indurre la paziente, sopratutto se questa sia in pericolo di vita per causa dell'aborto stesso, a fare una dichiarazione scritta che possa aver eventualmente valore legale. Se la donna si rifiuta, il medico non deve fare altri passi; se la paziente venga a morire, egli deve rifiutare di rilasciare il certificato di morte e darne comunicazione al *coroner* (ufficiale giudiziario incaricato delle necroscopie). Questo giudizio, che all'articolista sembra così facile ad essere seguito in pratica, risolverebbe le incertezze finora esistenti e toglierebbe l'inconveniente che la linea di condotta da adottarsi fosse lasciata — come finora è avvenuto — alla discrezione individuale: ed il pratico potrà contare sull'appoggio di così alta autorità qual'è il R. Collegio dei Medici in caso di divergenze col magistrato.

* * *

In realtà per noi italiani non riescirebbe troppo facile attenersi ad una linea di condotta che si uniformasse al suddetto «giudizio», il quale dà adito a tanti dubbî. Non sembra infatti troppo consona all'indole della professione sanitaria quella specie di coercizione morale che dovrebbe esercitarsi sulla paziente per indurla a fare una dichiarazione che possa avere eventualmente valore legale. Prescindiamo anche dal fatto che tale dichiarazione verrà quasi di regola rifiutata: è certo che per evitare uno scoglio il medico incorrerebbe in un altro e cioè di sentirsi poi chiamar responsabile d'aver profittato della debolezza morale di una inferma grave (appunto nei casi presumibilmente mortali il R. Collegio consiglia il medico a *indurre* la donna a fare la dichiarazione suddetta) e forse non del tutto *compos sui*; e sarà facile obbiettare che la «dichiarazione» fu fatta (o magari «strappata») durante la febbre, il delirio o simili e che quindi è di dubbia attendibilità.

D'altronde qual serietà da parte di un medico che, dopo aver provocato il rilascio della detta dichiarazione, la mette in tacere, attendendo l'esito finale delle cose? Lungi da noi il pensarlo, ma un documento di tal fatta in mano del medico potrebbe prestarsi ad eventuali rappresaglie la cui possibilità non sapremmo escludere a priori.

Senza contare poi le difficoltà materiali inerenti al rilascio di una tal dichiarazione in forma legale (forse con testimoni? indispensabili del resto in caso d'analfabetismo della paziente) in pieno contrasto con quel *segreto* a cui la paziente ha diritto e che in generale si vuol mantenere da lei e dalla famiglia in simili frangenti.

La condotta del medico in questi casi, secondo il Codice penale italiano, è determinata specialmente da due articoli: il 439 che punisce l'omissione di referto dei casi aventi caratteri di delitto contro la persona (com'è appunto l'aborto criminoso), *eccetto che il referto esponga la persona assistita ad un procedimento penale*; ed il 163 che punisce la rivelazione *senza giusta causa* del segreto professionale, se il palesare questo segreto possa cagionare nocumento. È evidente che il medico chiamato ad assistere una donna sulla quale sia stato praticato aborto criminoso, attenendosi a questi due articoli, si può ritenere sciolto dall'obbligo del referto ed anzi obbligato al silenzio giacchè il suo referto all'autorità recherebbe *nocumento* (art. 163) alla persona assistita, che sarebbe inesorabilmente imputata di procurato aborto: sarebbe cioè *esposta* (art. 439) *a procedimento penale*. Nel solo caso, eccezionale del resto, in cui il medico si convincesse essere stato praticato aborto criminoso su donna *nolente*,

sarebbe suo dovere darne senz'altro denunzia: sebbene anche in tal caso il medico non possa esser *certo* che la sua denunzia non esponga la paziente a procedimento penale eventualmente scaturito da nuove indagini o da prove testimoniali che potrebbe fare in seguito il Magistrato e non si veda quindi tardivamente sopraggiungere una querela da parte della donna assistita, per l'infrazione del segreto professionale!

U. ROLANDI.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(532) *Sulle extrasistoli.* — Le sarei grato se a mezzo della «Posta degli abbonati» volesse rispondermi con cortese sollecitudine al seguente quesito:

L'extrasistole, e specialmente quella varietà avvertita dall'infermo con un senso angoscioso di brusco urto al cuore, coincidente con l'intermittenza del polso, è un fenomeno a carico sempre di una lesione organica del cuore o può esistere anche per una causa estracardiaca?

In questo caso qual'è la diagnosi differenziale? Ed in ogni modo, quale il significato clinico, la prognosi e la possibile terapia per sopprimere questa molesta sensazione?

Abbonato N. 3543.

Fin dal 1908 il prof. Castellino in una sua relazione letta al XVIII Congresso della Società italiana di medicina interna classificò, dal punto di vista clinico, così i vari tipi di extrasistoli:

*a*) extrasistoli che si originano in infermi con pressione intracardiaca assolutamente, o relativamente aumentata;

*b*) extrasistoli in cuori a fibro-cellula alterata;

*c*) extrasistoli a cuore anatomicamente integro ed in individui, che possono ritenersi perfettamente sani.

La prognosi e la terapia delle suddette forme varia a seconda del tipo, al quale si possono ascrivere le extrasistoli nel suo infermo.

Alcune volte, ad esempio, sarà utile diminuire la pressione arteriosa (trinitrina, correnti ad alta frequenza, ecc.); in alcuni vizi valvolari (vizi mitralici) la constatazione di sistoli aggiunte può invece a volte riuscire benefica; negli individui sani con cuore sano può anche farsi a meno di ogni terapia; altre volte occorre correggere anomalie del ricambio; se l'eccitazione del vago è causa del disturbo un prezioso rimedio abbiamo nella belladonna; ecc.

Da quanto sopra ho esposto si comprende anche di leggeri come il significato clinico e la diagnosi differenziale tra le varie forme di extrasistoli il più delle volte non incontri serie difficoltà dopo un esame accurato generale del paziente, in specie dell'apparato cardio-vascolare.

CIUFFINI.

(533) *La gelatina e la cura delle metrorragie.* — All'abbonato S. F. 2965:

L'uso ipodermico della gelatina a scopo emostatico, oltrechè vietato con ordinanza ministeriale del 1903 — provocata appunto da casi di morte per infezione tetanica e non revocata — non ci sembrerebbe di azione troppo rapida e duratura. Nè sarebbe consigliabile di somministrare la gelatina sciolta in acqua caldissima per irrigazione endouterina, sia per la difficile sterilizzazione, sia perchè la gelatina non ha azione emostatica locale. Del resto la moderna ostetricia nelle *emorragie post-partum* da atonia uterina tende ad evitare irrigazioni endouterine a scopo emostatico, specie quando le vene aperte versano sangue nella cavità uterina. La gelatina si può somministrare, senza preoccupazioni, per via rettale, diluita in poca acqua sterile tepida.

Nelle emorragie *post-partum* da atonia oltre l'iniezione ipodermica di ergotina (possibilmente fialette al 75 %) che è sempre il rimedio sovrano, si possono usare altri emostatici (stipticina, ergotinina, tenosina ecc.) e praticare un regolare massaggio uterino nonchè la compressione dell'utero contro la sinfisi pubica. Altri consiglia il laccio elastico detto alla Momburg, non scevro però di pericolo. Non bastando tali mezzi ed assicuratisi che l'emorragia non venga da lacerazioni della vagina o del collo — nel qual caso occorre suturare — o da residui placentari che occorre rimuovere, è necessario ricorrere ad uno stipato zaffamento endouterino e vaginale, a collo scoperto (speculum a valve), con garza sterile introdotta per mezzo del tamponatore rapido, impiegando per la cavità uterina circa 5 metri di una benda di garza di 10 cm. d'altezza. Si sottintendono poi la posizione declive a testa bassa, l'autotrasfusione con fasciatura degli arti inferiori sollevati, l'ipodermoclisi con soluzione fisiologica, le iniezioni eccitanti, ecc., tutti mezzi i quali oltrechè combattere gli effetti dell'anemia acuta, destano anche l'utero dal suo torpore atonico.

Le altre *metrorragie* (durante il secondamento; da aborto minacciante, imminente o incompleto; ginecologiche, ecc.) vanno trattate con criteri speciali a ciascuna causa, ciò che non è possibile esporre qui brevemente.

U. ROLANDI.

(534) La prego indicarmi qualche raccolta di autopsie giudiziarie e qualche giornale rispondente ai bisogni del medico condotto.

Dott. C. T.

Libri che riportino raccolte di verbali di autopsie giudiziarie non ve ne sono. Si trovano nei trattati di medicina legale (per es. Strassmann tradotto da Carrara, Società Editrice Torinese) degli schemi per redigere un'autopsia giudiziaria, e si trovano delle raccolte di casi medico-legali, tra cui vi sono anche degli esempi di autopsie (p. es.: Raffaele, « Clinica medico-legale », edit. Jovine, Napoli, 1900).

A. ASCARELLI.

(535) Pregherei darmi qualche indicazione bibliografica recente sulle assicurazioni obbligatorie contro le malattie, specie riguardo agli Stati che hanno testè introdotti nelle loro legislazioni leggi in proposito. Conosco già la relazione Magaldi, il libro del Pieraccini e gli articoli di Sforza.

Pavia.

Dott. Gino Dori.

Svizzera: « L'institution de Caisses-maladies rurales ». Pubblicazione del Secrétariat Suisse des Paysans, 1914. — Danimarca: « Le Casse riconosciute dallo Stato per l'assicurazione-malattie nel 1913 e 1914. Statistiche Efterretninger » (Comunicazioni statistiche), pubblicate dal Dipartimento della Statistica, 31 marzo 1915, n. 7, Copenaghen.

Dott. I. R.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

***Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione***

*Esercitazioni pratiche di batteriologia e di protozoologia*. Parte I. KISSKALT, *Batteriologia*. Un vol. in-8° gr. di pag. 147, con 40 incis. Milano, Società Editrice Libraria, 1915. L. 4.50.

Il successo di questo lavoro, attestato dal rapido seguirsi di tre edizioni tedesche, ci si spiega in quanto che esso risponde a intendimenti prettamente pratici.

Stabilisce giorno per giorno che cosa va fatto e come, per espletare nel periodo di sessanta giorni un corso completo di batteriologia.

Sono stati scelti i soli metodi facili, e ne sono indicati i particolari e le possibili cause di errori.

Temiamo che, in genere, troppo materiale sia addensato in ogni esercitazione; ad ogni modo il lavoro potrà rendere utili servizi.

R. B.

G. TEIXEIRA. *Trattato di chimica applicata alla bromatologia e all'igiene*. IV ediz. Un volume in-8° di pag. 1110-XXV. Terni, Società Anonima Officina Tipografica « L'Economica », 1915. Prezzo lire 12.

L'annunzio di una 4ª edizione contiene in se stesso l'elogio di un libro del genere. È di una precisione, di una chiarezza e di una praticità rimarchevoli. Nell'edizione attuale sono state portati molti rimaneggiamenti e introdotte molte aggiunte, che la mettono a giorno degli studi ultimi.

Il lavoro del prof. Teixeira continuerà a godere il favore dei competenti.

R. B.

### PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

D'ERCHIA FLORENZIO. Contributo allo studio dei tumori pararenali nella donna. — Bari, 1915.

CARTOLARI ENRICO. Ospedale Civile di Isola della Scala. Rendiconto clinico dei principali atti operativi eseguiti dal 1° febbraio 1914 al 1° febbraio 1915. — Isola della Scala, 1915.

GRIXONI GIOVANNI. Febbre tifoide e vaccinazione antitifica. (Conferenza). — Milano, 1915.

## VARIA.

**Un nuovo antisettico del dottor Carrel.** — Il dottor Carrel, notissimo pei suoi lavori sulla sopravvivenza e sugli innesti dei tessuti, consacrava da tempo la sua attività alla ricerca di un antisettico che distruggendo gli agenti della infezione delle ferite non attacchi i tessuti, non sia irritante come l'acido fenico, non coagulante come il sublimato. Basandosi sulle ricerche note sugli ipocloriti di potassio e di calcio, che hanno potere microbicida superiore a tutti gli antisettici noti, Carrel riusciva a neutralizzare l'acidità dell'ipoclorito di calcio aggiungendovi carbonato di calcio e a renderlo, con l'aggiunta di acido borico sufficientemente stabile, da permettere la conservazione per un mese.

Il corrispondente del *Matin* da Compiègne, dove il Ministero della guerra ha posto a disposizione di Carrel e del chimico Deking un grande palazzo, assicura che i risultati sono felicissimi. Per unanime constatazione dei medici militari le ferite più spaventose in meno di una settimana cambiano aspetto: i principî di cancrena sono arrestati, l'infezione delle ferite, se l'intervento antisettico avviene a tempo — ha dichiarato il direttore dell'ospedale di Compiègne — è ormai scongiurata (*La Riforma Medica*, 21 agosto 1915).

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

### Sul servizio sanitario militare.

In relazione agli articoli *I medici e l'esercito* e *Il servizio di trasporto dei feriti*, pubblicati nei fascicoli 33 e 34 di questo periodico, riceviamo e ben volentieri pubblichiamo la seguente lettera del tenente generale medico Ferrero di Cavallerleone:

Roma, 25 agosto 1915.

*All'Onorevole Redazione del « Policlinico ».*

Mi sono sempre astenuto, per dovere d'ufficio, dal rilevare e dal rispondere a cose che riguardassero il servizio sanitario militare o alludessero alla mia persona, finchè ebbi l'onore di tenere la carica di ispettore capo di Sanità militare; ma ora, fatto forzatamente libero da quegli obblighi doverosi, intendo usare del mio diritto di rispondere a quegli attacchi che mi si fanno o mi si faranno per quanto riguarda l'opera mia.

Per sentimento altissimo del dovere che incombe ad ogni cittadino in questo momento supremo, non intendo certamente però discendere a polemiche e mi attengo perciò semplicemente a contrapporre affermazioni ad affermazioni, con la differenza che le mie saranno sempre esclusivamente basate sopra dati di fatto e documenti.

Ciò premesso, spero che cotesta onorevole Redazione vorrà pubblicare queste mie poche parole in risposta all'articolo comparso or ora nel numero del 22 agosto di cotesto pregiato periodico a firma G. Dragotti intitolato: « I medici e l'Esercito ».

L'A. incomincia col dire: « che all'ammirabile esattezza con la quale hanno agito i molteplici congegni dell'immenso organismo militare, non ha corrisposto del tutto adeguatamente il servizio sanitario militare ». Bontà sua però, aggiunge poco dopo, che, a differenza di quello che successe in Francia, in Russia, in Austria, « in Italia il servizio sanitario ha funzionato fin dal primo giorno, e se qualche manchevolezza, qualche imperfezione è stata rilevata, si deve al fatto che il lungo periodo di preparazione, l'esperienza degli altri aveva fatto legittimamente sperare che a tutto era stato provveduto e ben provveduto, sia per il materiale che per il personale, speranza tanto più fondata in quanto che l'esperienza fatta nella guerra libica non aveva lasciato nulla a desiderare ». Ma non specifica l'A. nè le manchevolezze nè le imperfezioni che furono rilevate.

Sarebbe stato tanto più necessario, perchè in verità, i pochi articoli che sono comparsi sui periodici fino a pochi giorni fa, erano tutti improntati ad elogio, ed io ho ricevuto anche molte attestazioni, fortunatamente tutte sullo stesso stampo; ed ufficiali esteri, i quali pure avevano potuto visitare i servizi sanitari di altre nazioni belligeranti, si sono dichiarati entusiasti ed ammiratori del funzionamento del nostro. E il definire quelle manchevolezze e quelle imperfezioni sarebbe stato tanto più necessario, anche per poter giudicare a chi deve spettarne la responsabilità, volendo supporre che l'A., nella sua intelligenza e imparzialità, non vorrà certamente far risalire all'organizzatore di un servizio manchevolezze e imperfezioni di dettaglio di esecuzione.

Mi atterrò dunque soltanto agli appunti principali che l'A. ha fatto, rivolti proprio all'organizzatore che « non ha preveduto nè provveduto a tempo », scaricandolo della taccia che egli teme gli si possa dare di Maramaldo. Non abbia ritegni: Maramaldo ha ucciso un uomo morto, ed io, sebbene morto, purtroppo, dolorosamente all'ufficio, mi sento ancora vivo — e più vivo di prima — come direbbe il Giusti, nella sicurezza della mia coscienza.

E della campagna che si inizia in questo momento, anche in questo periodico — poichè ben altrimenti vi scriveva l'A. stesso nel numero del 14 marzo c. a. — ne misuro e ne comprendo tutto lo scopo. E sia pure! non la temo, *se* fatta — come almeno è lecito di chiedere e come ne dà l'esempio il dott. Dragotti — tutta alla luce del sole, con quell'obbiettività, con quell'onestà di intendimenti, e con quella franchezza che è dovere dei galantuomini, che firmano quello che scrivono.

Sul primo appunto, circa « le querimonie e le proteste di alcuni colleghi per quel che riguarda l'assegnazione dei gradi », egli stesso riconosce « che molto difficilmente si sarebbe potuto escogitare al riguardo un sistema che avesse accontentati tutti e che non offrisse il fianco alla critica »; ed aggiunge che « quello scelto dalla Direzione della Sanità militare ha dato luogo certamente a degli inconvenienti, ma non è detto che facendo altrimenti gli inconvenienti e le proteste sarebbero stati minori ».

La difesa, perciò, sarebbe digià insita in queste stesse parole, ma mi piace aggiungere che se inconvenienti vi furono, furono molto e molto limitati, e posso assicurare ch'essi sono assolutamente indipendenti dal mio buon volere

perchè non mancai di fare tutte quelle proposte che giustamente, secondo me, avrebbero soddisfatto ai legittimi desiderati, e credo che, sotto questo rapporto, nessun altro ceto di professionisti abbia ottenuto più del ceto medico, maggiori soddisfazioni.

Più grave invece la colpa che mi si fa — anzi questa la si accentua vibratamente — è quella riguardante l'assegnazione dei posti e delle funzioni dei medici per la quale non si sarebbe tenuto alcun conto della specifica capacità professionale e scientifica di ciascuno di essi, ai fini del servizio. Orbene, qui asserisco in modo assoluto che nessuna preoccupazione fu maggiore in me di quella di ottenere precisamente che ciascun medico fosse assegnato al posto ed alla funzione cui meglio lo chiamavano le attitudini sue professionali e scientifiche. E fin dai primi momenti in cui, per lo scoppiare della guerra fra le altre nazioni, si travide sull'orizzonte la probabilità che il nostro Paese dovesse pure esservi impegnato, rivolgendomi ai direttori di Sanità — cui spetta l'incarico, per ogni Corpo d'armata, di preparare il quadro di mobilitazione, proponendo le singole assegnazioni — prescriveva in modo tassativo che ognuno di essi dovesse informarsi per bene delle attitudini particolari mediche, chirurgiche e delle specializzazioni di ognuno dei medici per designarli ad una piuttosto che all'altra delle unità sanitarie o delle unità reggimentali, prescrivendo di tener conto non meno delle loro attitudini fisiche. E tale raccomandazione rinnovai agli stessi direttori di Sanità più e più volte e, finchè fu possibile, nell'Ufficio dell'Ispettorato si variarono assegnazioni e destinazioni tutta volta che fu dato di riconoscere che le primitive assegnazioni non erano state fatte secondo un giusto criterio. E dirò di più che, nella rigorosa misura della giustizia, si cercò persino di tener conto dei desideri che direttamente venivano espressi.

Chè se, malgrado ciò, alcuni furono insoddisfatti per le loro assegnazioni, ciò lo si deve, non già, come ho detto, a che non si sia «*preveduto*», ma bensì al fatto che di alcuni non erano conosciute, perchè non fatte conoscere, le attitudini speciali, e per molti si dovette dare un'assegnazione reggimentale, anzichè quelle desiderate presso gli ospedali, perchè il numero degli ufficiali medici effettivi — dovrebbe ormai essere saputo e risaputo — è talmente deficiente che non si riuscì nemmeno a metterne uno per ogni reggimento e presso le unità sanitarie; e deficienti pure furono gli ufficiali di complemento già in organico, mentre quelli di nuova nomina come quelli territoriali — fatte poche eccezioni — tutti avrebbero voluto essere assegnati agli ospedali di riserva od agli ospedali da campo.

E che questo desiderio di mettere ciascuno dei medici nell'ambito più confacente alle sue attitudini fosse in me vivissimo, lo possono attestare le pratiche che feci per procurarmi la nota di chirurghi provetti, di radiologi, di stomatoiatri, di psichiatri, di oculisti, di igienisti, di batteriologi per poter coi medesimi assicurare l'impeccabile funzionamento di tutti i servizi; e lo attesta non meno l'insistenza con la quale desiderai che le cliniche tutte fossero assegnate col rispettivo personale alla Sanità militare perchè in tal modo assicuravo digià nei principali centri del Paese, ai nostri cari feriti ed ammalati, l'assistenza dei migliori specialisti in reparti speciali.

E se malgrado tutto, ripeto, si è avverato che all'atto pratico alcuni si mostrarono non adatti alla loro funzione e ciò specialmente nel periodo in cui si dovettero mandare i medici richiesti d'urgenza in massa senza alcuna designazione, ho immediatamente «*provveduto*» perchè i direttori di Sanità di Corpo d'Armata e quelli d'Armata nella zona di guerra stessa, si rendessero edotti immediatamente delle rispettive attitudini scientifiche, professionali, fisiche, individuali, per fare immediatamente quelle assegnazioni e sostituzioni che risultavano necessarie e ne dessero conoscenza all'Ispettorato.

Cosicchè, se «le cose vanno gradatamente e «sicuramente orientandosi verso un assetto logi«co e regolare per la perfetta funzione del ser«vizio, e perchè sia assicurata una migliore as«sistenza» ai feriti ed ammalati, non ne spiaccia all'A. dell'articolo, lo si dovrà ancora all'antico direttore della Sanità militare.

E a questo stesso antico direttore della Sanità militare, si dovrà pure ancora, ed esclusivamente, l'istituzione di quei gruppi chirurgici pei quali, in sua assenza temporanea, si è rivolto nuovo appello ai chirurghi italiani da chi teneva in sua vece interinalmente la Direzione. Quei gruppi chirurgici furono da me pensati e voluti fin dall'inizio dello studio della mobilitazione, e furono pensati e voluti presso ogni Direzione di sanità di Corpo d'armata per un funzionamento organico, per un pronto accorrere sui campi di battaglia, provvisti di tutto l'occorrente per prestare efficacemente l'opera loro, specialmente pei feriti più gravi non trasportabili, con auto-ambulanza trasformantesi all'occorrenza in camera operatoria, con apparecchio radiografico, con cassa di pronto soccorso; e tali gruppi chirurgici dovrebbero essere composti di due chirurghi, un radiologo e possibilmente di uno stomatologo. Se non erano stati ancora costituiti lo si deve soltanto alla mancanza dei chirurghi: per cui il nuovo appello.

Ed io non ho mai dubitato nè dello zelo, nè

dello slancio, nè dello spirito di sacrificio dei medici d'Italia, e, pur *prevedendo* che nei primi tempi del funzionamento del Servizio sanitario, non avrebbe potuto aversi immediatamente quella perfezione che era pur tanto da me desiderata, perchè, così come s'è dovuto costituire il personale — di cui i sette decimi non hanno mai prestato servizio militare — esso non è ancora che un'amalgama, sono certo che quest'amalgama, fatta di ottimi elementi, fusa assieme, non mancherà di costituire una massa valida, garanzia di splendidi risultati.

Per abbattere un uomo non si voglia perciò denigrare un Servizio, e prima di accusare si vogliano assumere precise informazioni e si sappia tener conto del tempo e dei mezzi.

***

Con la circostanza desidero pure rispondere a quanto è detto in altro articolo recente del 15 agosto di cotesto periodico intitolato: « Il servizio di trasporto dei feriti » a firma Dr.

In detto articolo è affermato « una specie di « dissidio tra la Sanità militare e la Croce Ros- « sa, dissidio che, rimasto latente e senza ef- « fetto durante il tempo di pace, avrebbe as- « sunto nel primo periodo della nostra guerra « una nuova forma acutissima e molto perico- « losa ». Dissidio che si sarebbe manifestato specialmente nel trasporto dei feriti e nell'assegnazione loro agli ospedali di riserva, facendoli viaggiare nei treni attrezzati anzichè nei treni ospedali della Croce Rossa e ricoverandoli in diversi ospedali della Sanità militare « seconda- « rissimi e improvvisati alla meglio », anzichè in altri splendidi, adattatissimi della Croce Rossa.

Il dissidio — se dissidio si può chiamare — tra la Presidenza della Croce Rossa e la Direzione della Sanità militare, vi fu non appena s'intravide la probabilità della Campagna, ma per questione di personale. La deficienza degli ufficiali medici per i bisogni della mobilitazione si presentava tale, da essere veramente impressionante e costituire un obbligo al capo della Sanità militare di escogitare tutti i mezzi possibili per ripararvi.

Onde parve giusto e di diritto richiedere alla Croce Rossa tutti quegli ufficiali medici che si erano ad essa ascritti benchè aventi tuttora obbligo di servizio militare. Giusto, perchè, pur detraendole questi ufficiali, la Croce Rossa veniva pur sempre ad avere un'esuberanza notevole di personale per sopperire alle esigenze della sua mobilitazione; di diritto, poichè avendo detti ufficiali tuttora obbligo di servizio militare, nell'Esercito essi dovevano anzitutto — data la necessità — prestare l'opera loro.

La Presidenza della Croce Rossa, desiderosa di concorrere ad eliminare le difficoltà in cui versava l'Esercito, dapprima annuì, ma poi, tirate le somme, le parve che almeno una parte di essi le fosse assolutamente necessaria, e ne chiese con insistenza la restituzione. Vi fu difesa per parte della Direzione della Sanità militare, e non furono ridati quegli ufficiali alla Croce Rossa se non quando si ritenne poter contare sul concorso di nuovi provvedimenti.

Ma fu dissidio aperto e leale, del quale — almeno per parte della Sanità militare — non rimane ombra alcuna. E nego nel modo più assoluto e perentorio che mai vi sia stata animosità o competizioni per parte della Sanità militare verso la Croce Rossa, e che si sia voluto di proposito lasciare inutilizzati treni ed ospedali della Croce Rossa, per far viaggiare i feriti a preferenza sui treni attrezzati, o ricoverarli nei proprî ospedali di riserva.

Era anzi da me tassativamente prescritto che si dovessero utilizzare in modo speciale i treni ospedali della Croce Rossa e della Croce di Malta — il di cui aumento anzi sempre caldeggiai — e valersi soltanto dei treni attrezzati nelle comuni circostanze per il trasporto dei feriti ed ammalati leggeri e, come prescrive lo stesso regolamento, *soltanto per brevi percorsi di otto ore al massimo, comprese le fermate,* data la composizione e l'attrezzamento di detti treni. Se altrimenti avvenne, in rari casi, ciò fu dovuto esclusivamente a circostanze eccezionali di servizio, *non certo per colpa mia,* nè per partito preso o per mala volontà dei dirigenti il servizio sanitario militare.

Così per il ricovero dei feriti negli ospedali.

E l'A. dell'articolo, nel citare quanto scriveva il « Corriere della Sera », avrebbe pure dovuto citare la rettifica che venne immediatamente inserita nel giornale stesso il giorno seguente.

I miei sentimenti per la Croce Rossa ebbi troppe volte occasione di manifestarli pubblicamente perchè possano essere misconosciuti — e non sono uso a mentire il mio pensiero —; desiderai sempre che fra Croce Rossa e Sanità militare ci fosse quella intesa cordiale che dev'essere fra coloro che hanno unità di intenti e un sacro compito comune.

E faccio punto perchè non voglio oltrepassare quei limiti che mi sono imposto per quei sensi di forte e caldo patriottismo che sempre mi ispirano.

Si inspirassero così anche gli altri, soltanto al bene e all'interesse dell'Esercito e del Paese!

L. FERRERO DI CAVALLERLEONE.

## A che vale più la convenzione di Ginevra?

LETTERA DAL CAMPO.

.... 27 agosto 1915.

Dal Carso alle Dolomiti.... Con vivissimo compiacimento torniamo in prima linea, dove si è sempre in vista di tutta la bellezza frontale della guerra, dove di fronte al pericolo il sentimento del dovere patrio si esalta e le virtù belliche si moltiplicano... Qui la medaglia della guerra non ha rovescio: il suo rovescio si manifesta nelle retrovie, molto lontano dall'azione.

Nessuna categoria di cittadini può osservare, meglio del medico, il rovescio di questa medaglia. Oltre i malati comuni od infettivi, oltre i feriti, i mutilati, i ciechi, gli storpi che la guerra semina dovunque a mano piena, all'osservazione del medico capitano anche le manifestazioni dello spavento, della paura, della debolezza, della viltà.

Vi sono i deboli del sistema nervoso anche fra chi è capace di atti d'eroismo, anche dove l'aria è satura di temerarietà ed il *diapason* delle virtù guerresche è altissimo. L'eroismo può essere frutto dell'educazione civica, può essere epressione sincera dell'umana bontà del sentimento o della saldezza invitta del temperamento; ma se la struttura basale nervosa del nostro organismo è tarata, verrà il giorno della debolezza che, in confronto dell'audacia dei più, somiglierà a viltà.

Nelle retrovie, il medico assiste anche al passaggio dei deboli, sotto forma di neurosi da esaurimento, con astenia psichica o fisica, nosofobia, deliri, abulia. In genere è l'effetto del trauma psichico in soggetti in cui il sistema nervoso era tarato da cause tossi-infettive, od esaurito da eccesso di lavoro od abusi precedenti. Qui al fronte, il caso singolo non ha nessuna importanza, e subito scompare all'osservazione. Fra le corsie dell'ospedale, il medico studia le forme più svariate di smarrimento d'animo, dall'abulia all'allucinazione, alla psicosi; e studia inoltre ed intravede i propositi disonesti per non tornare al campo, e le piccole astuzie ed i tentativi malsani, che dileguano poi non appena l'aria non saprà più di chiuso.....

Di tutto ciò, qui al campo, quasi non si ha notizia. Ed inoltre quassù non si assiste al pettegolezzo dell'ozio forzato della retrovia, all'ipercritica sempre scontenta, alle arti traffichine degli uomini piccoletti che alla baionetta preferiscono la penna, od alla tenda da medicazione al campo la camera operatoria dell'ospedale territoriale....

Qui si ammira tutta la bellezza frontale della nostra guerra: la bellezza che deriva dal contenuto storico, ideale, umano delle nostre rivendicazioni.

* * *

Ma se santo è lo scopo della nostra guerra, purtroppo selvaggi sono i metodi di guerra che il nemico ci oppone.

E mentre attorno a noi si sferra selvaggiamente la caccia all'uomo, pur mentre si maturano le sorti di un'umanità che *deve* essere più civile, noi pensiamo allo scempio folle che le nazioni a noi nemiche hanno fatto del migliore patrimonio ideale dell'epoca nostra.

Che cosa rimane più della Convenzione di Ginevra?

Noi medici di gente latina, che abbiamo assistito alla rovina del più bell'accordo internazionale in un intento sovranamente umano, faremmo un atto degno della nostra sincerità se procurassimo di far denunziare ufficialmente i nostri nemici, pure essi firmatari della Convenzione di Ginevra, al Consiglio Federale Svizzero per sentirli dichiarare destituiti dal novero delle nazioni civili, ancora degne e capaci di serbare fede a quel patto. E per la stessa sincerità noi del personale sanitario dovremmo domandare di armarci in guerra, almeno per difenderci dalle insidie del nemico.

A ben poco varrà la maschera contro i gas asfissianti che ci viene distribuita. Dovremmo difenderci col piombo contro il piombo nemico. Ogni convenzione internazionale non è ormai peggio d'una menzogna? Che più esitare? Il mito di Minerva si era trasformato attraverso i secoli: le uniche armi sue erano rimaste il raggio della fronte e l'atto umano del braccio; ma oggi Minerva ha bisogno di armarsi nuovamente d'elmo e corazza.....

A troppe cose dolorose oramai hanno assistito gli occhi nostri perchè il santo segno araldico della Croce Rossa su campo bianco si possa ritenere valido presidio di difesa contro la perfidia del nemico. Abbiamo visto i posti di medicazione sfondati dalla mitraglia, i convogli di feriti e le carrette di Sanità fatte bersaglio alla furia dissennata del nemico, le Sezioni di Sanità bombardate dagli aeroplani, la neutralità degli Stabilimenti sanitari barbaramente violata, medici e soldati della Sanità caduti per tranelli nelle mani del nemico e trattati come prigionieri di guerra.... Spesso, per essere un po' più sicuri, abbiamo dovuto togliere le bandiere della neutralità dalle carrette di Sanità o dai posti di medicazione reggimentali....

Di fronte a tutti questi abusi e tradimenti, perchè non riconoscere al nostro personale sanitario di prima linea il diritto di difendersi? perchè, quando un areoplano nemico bombardi una Sezione di sanità, il personale di questa non deve essere autorizzato a dar mano al moschetto e concorrere alla difesa della Patria, difendendo sè stesso?

L'art. 33 della Convenzione di Ginevra del 6 luglio 1906 riconosce alle parti contraenti la facoltà di denunziare la Convenzione stessa; ma tale denunzia avrebbe valore soltanto riguardo alla Potenza che la notificasse, e produrrebbe i suoi effetti un anno dopo la notificazione fatta per iscritto al Consiglio Federale Svizzero. In altri termini, la Potenza, che denunziasse la Convenzione, dopo un anno verrebbe prosciolta da ogni impegno verso tutte le altre Potenze firmatarie.

Ma ciò noi non vorremmo. Noi vorremmo diffidare presso il Consiglio Federale Svizzero i nostri nemici che hanno tradito il patto internazionale da essi firmato, per sentirci dichiarare prosciolti dagli impegni assunti verso di essi.

Noi non vediamo l'utilità di mantenere il disarmo stabilito dalla Convenzione; noi non ci sentiamo più di potere essere cavallereschi verso chi ha rotto fede ad ogni patto; noi non crediamo di potere più oltre serbar fede ai sigilli della Convenzione per quanto riguarda i nostri nemici, senza dar prova di un nuovo eccesso di sincerità verso chi ha calpestato ogni norma di diritto sancito.

Perciò riteniamo che il nostro Governo farebbe opera veramente equa e riparatrice se presso il Consiglio Federale Svizzero diffidasse i nostri nemici per l'opera loro fedifraga. Ognuno di noi tutti, partecipi della guerra, avrebbe le sue prove da addurre. P. SABELLA.

### Cronaca del movimento professionale.

*I medici assimilati e la divisa militare.* — Ci continuano a pervenire da molti medici sollecitazioni per insistere sulla opportunità, anzi sulla necessità, che i medici assimilati siano autorizzati a vestire la divisa.

Per favorire una soluzione torniamo ancora sull'argomento. Noi abbiamo già esposto le ragioni che militano in favore di coloro che reclamano tale provvedimento dall'Autorità militare. Non occuperemo altro spazio nel ripeterle sotto altra forma dopo avere pubblicato testualmente una delle lettere che chiaramente le ribadiva.

Con buona pace di tali medici assimilati, è pure doveroso per noi riconoscere che esistono altri medici, per cui vestire la divisa o no è indifferente e altri ancora per cui la divisa rappresenterebbe piuttosto un impaccio anzichè un beneficio all'esercizio del loro ministero. Anche delle voci — meno numerose e insistenti — che parlano in quest'ultimo senso ci siamo fatti eco.

L'imparzialità e la serenità che amiamo portare in ogni questione non ci permette di decidere nettamente da quale parte stia il massimo dei vantaggi e il minimo degli inconvenienti. Similmente non riusciamo ad afferrare quali gravi e potenti motivi impediscano all'Autorità militare di consentire l'uso della divisa ai medici assimilati.

Ci pare poco encomiabile e lusinghiero il provvedimento che i medici assimilati portino il *bracciale*.

Pur essendo poco amanti degli accomodamenti in genere, noi vorremmo augurarci, in una questione per gran parte formale, che fosse consentito l'uso della divisa militare ai medici assimilati che ne facessero domanda e dimostrassero di possedere quei requisiti che il Ministero riconoscesse necessario per vincere quelle difficoltà che finora si sono opposte a che venisse esaudito il voto di tanti aspiranti alla divisa.

## RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

### Iniezioni ipodermiche - Mancanza di titolo di abilitazione.

*È responsabile di esercizio abusivo di professione sanitaria colui che senza regolare diploma esegue iniezioni ipodermiche ancorchè a seguito di prescrizione del medico o senza compenso, potendo esse per imperizia di chi le esegue essere causa di gravi danni alla salute.* (Cassazione di Roma, 20 aprile 1915).

La suestesa massima della Cassazione di Roma suoni di monito a tutti coloro che senza esservi abilitati si permettono eseguire iniezioni sottocutanee. E non sono pochi!! Il campo delle iniezioni fu ritenuto facilmente espugnabile ed una vera fiumana di persone vi si abbarbicò, attratto dal pingue guadagno e dalla larga richiesta, specie in questi tempi, in cui non è più messa in dubbio la grande superiorità che presentano i medicinali iniettati su quelli ingeriti.

Noi abbiamo sempre sostenuto che la cosa non era tollerabile, che il solo medico od il solo

chirurgo poteva eseguire iniezioni e che ogni altra persona dovea essere inesorabilmente dichiarata in contravvenzione, e ciò nell'interesse della pubblica salute, ovvio essendo che una iniezione mal fatta o per incapacità o per imperizia, può arrecare danno al paziente.

Siamo veramente lieti vedere confermata dalla Suprema Corte Regolatrice la nostra tesi, che con quelli della pubblica salute, difende eziandio gli interessi patrimoniali di tanti e tanti professionisti, illegalmente spoliati.

La contravvenzione esiste anche nel caso che il praticante esegua l'inezione per ordine del medico e senza compenso, perchè in fatto di capacità o di stato professionale, a nessuno è lecito fare delegazioni senza grave offesa alla legge, così come la mancata rimunerazione dell'atto lesivo del diritto, non lo giustifica ai fini della giustizia punitiva.

Doctor JUSTITIA.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5476) *Servizio militare* — Il Dott. V. G. da C. I. desidera conoscere, se, nulla disponendo il capitolato, abbia diritto a mantenere per la durata della guerra lo stipendio da ufficiale medico e quello di medico condotto e nella negativa, se i due mesi di stipendio che debbono dare i Comuni si calcolino dal giorno della precettazione o da quello della nomina al grado di ufficiale. Nella negativa della prima questione se divenuto ufficiale e trascorsi i due mesi pei quali si sarebbe esatto e dal Comune e dallo Stato, si possa, rinunziando a questo la paga corrispettiva al grado, ma usufruendo della sola indennità giornaliera e di quella della entrata in campagna, pretendere dal Comune l'intero stipendio.

I Comuni, in mancanza di speciali disposizioni contenute nei propri regolamenti organici, debbono usare agli impiegati chiamati sotto le armi per mobilitazione lo stesso trattamento che lo Stato fa ai suoi dipendenti. Gli impiegati comunali hanno, quindi, diritto a due mesi di stipendio trascorsi i quali possono pretendere lo stipendio più vantaggioso, sia civile o militare. Nel caso che lo stipendio militare sia inferiore a quello civile, il Comune deve corrispondere la differenza. I due mesi di stipendio si calcolano dalla precettazione e non dalla nomina ad ufficiale. Rinunziando allo assegno militare non si può mantenere quello civile dacchè non dipende nè può dipendere, in materia regolata da legge, dalla volontà di una delle parti addossare all'altra oneri che non le competano. Il Comune è tenuto ad integrare lo stipendio militare nel solo caso che esso fosse inferiore a quello di medico condotto. Non può essere ad altro chiamato.

(5478) *Responsabilità civile - Infortunio ad un garzone - Obblighi del padrone.* — Il Dott. abbonato N. 4034 desidera conoscere se avendo per proprio capitolato il diritto di percepire compenso nei casi di infortunio, possa pretenderlo da un proprietario, il cui garzone, che è incluso nello elenco dei poveri, si è fratturato un braccio.

Non ci sembra che si possa nel caso esposto esperimentare diritto verso il padrone per compenso delle prestazioni fatte al garzone. Il proprietario risponde di tutti gli atti colposi che il garzone commette ma non di quelli che ad esso capitano. Si dovrebbe dimostrare che nella frattura del braccio sia concorsa imperizia o imprudenza del proprietario, il che certamente non è possibile, perchè escluso dal fatto. Per tale ragione la cura prestata al giovanetto non si discosta dalle comuni ed è, quindi, gratuita, attesa la inscrizione dello individuo nello elenco dei poveri. Per le spese fatte in farmacia deve provvedere la famiglia del paziente od il Comune.

(5479) *Congedo.* — Il Dott. M. A. da B. desidera conoscere se è vietato il congedo ordinario o può il Sindaco vietarlo, e, nella affermativa, se per lo imposto divieto si abbia diritto a speciale compenso.

Il Sindaco può vietare il congedo ordinario quando speciali condizioni locali della pubblica salute non consentano l'allontanamento del sanitario. Costui ha però il diritto di ricorrere contro il rifiuto alla G. P. A. Non esiste disposizione generale con cui si proibisce ai medici condotti di usufruire del congedo annuale. Tale disposizione esiste solo per gli impiegati governativi. Non è escluso, però, che i prefetti possano dare nell'ambito della rispettiva Provincia disposizioni inibitive del congedo qualora ritengano tale provvedimento indispensabile per il regolare andamento del servizio di cura e di assistenza sanitaria. Da qualsiasi fonte derivi il divieto e da qualsiasi causa esso venga determinato non compete al medico compenso di sorta.

(5480) *Danni reali e potenziali.* — Al Dott. A. D. A. da C. rispondiamo che ben egli si appone nel ritenere che solo i danni visibili ed in atto debbono essere indennizzati dal proprietario della cavalla idrofoba alle tre persone che furono morsicate. Le precauzioni per impedire la manifestazione della idrofobia non possono essere addossate al proprietario dell'animale, ma, tutto al più, al Comune per l'inteersse generale che ha di impedire che tale infezione si propagasse ad altri connaturali.

(5482) *Ricchezza mobile.* — Al dott. P. A. da V. M. rispondiamo che sul compenso che ha ricevuto pel servizio interinale deve pagare la R. M. La tassa si prescrive dopo cinque anni.

(5483) *Servizio militare.* — Al Dottor F. M. da Z. di G. rispondiamo che non si applica agli ufficiali medici del R. Esercito ciò che è stabilito per gli ufficiali medici dell'Armata. I Comuni applicano ai proprii impiegati chiamati sotto le armi disposizioni identiche a quelle che lo Stato attua pel personale civile ad esso dipendente e quindi, anche il trattamento circa lo stipendio, per cui è dovuto solo quello più elevato.

(5484) *Ufficiale sanitario - Presidenza della Congregazione di carità.* — Il Dott. abbonato n. 2151 desidera conoscere se l'ufficiale sanitario possa essere eletto presidente o membro della Congregazione di carità o vi si opponga il disposto dello articolo 11, lettera *b*) della legge 17 luglio 1890, sulle istituzioni pubbliche di beneficenza.

La giurisprudenza del Consiglio di Stato, anche dopo la legge 25 febbraio 1904, n. 57, ha ritenuto che sussista l'incompatibilità fra le funzioni dell'ufficiale sanitario quale addetto alla Amministrazione comunale e quella di amministratore di qualsiasi Opera pia in relazione allo articolo 11 lettera *b*) della legge 17 luglio 1890. Anzi il parere del 21 settembre 1912 è andato anche più oltre, stabilendo che il medico che, pur non essendo investito con decreto del prefetto della carica di ufficiale sanitario, ne esercita di fatto le funzioni, diventa incompatibile con la carica di amministratore di qualsiasi Opera pia esistente nel Comune. In diversi rincontri abbiamo, però, sempre noi sostenuto che non vi è alcun motivo per scartare da simili uffici l'ufficiale sanitario mentre il regolamento per la legge sulle Opere pie tassativamente accoglie il medico condotto.

(5485) *Alloggio del medico condotto - Mancanza.* — Il Dott. N. D'A. da P. di C. desidera conoscere in qual modo debba comportarsi dal momento che nel Comune manca una casa idonea per lo alloggio del medico condotto ed il sindaco non intende accordargli il permesso di pernottare fuori dell'abitato.

In vista della assoluta mancanza di locali per lo alloggio del medico condotto non è possibile pretendere che egli dimori sul posto. Il Municipio si propone di costruire *ex fundamentis* una abitazione con danaro da prendere a mutuo e lo faccia pure. Ma fino a quando il proposito non sarà divenuto una realtà, non potrà obbligare il condottato a sottostare ad una condizione di impossibile attuazione. Faccia Ella, intanto, notificare l'atto giudiziario al Comune con cui, constatata l'assoluta mancanza di idonei alloggi, si dichiari pronto di prendere residenza stabile sul posto fino a quando non sarà possibile allocarvisi convenientemente.

(5486) *Prestazione professionale.* — Il Dottor C. F. da N. desidera conoscere se vi è qualche articolo di legge che salvaguarda la dignità professionale pel caso che un proprio cliente chiama per la cura di una malattia, a sua insaputa, altro sanitario a pagamento.

Nessuno articolo di legge o di regolamento prevede il caso esposto nel quesito. Il cliente è certamente libero di chiamare quanti medici vuole a pagamento. Non la sapremmo consigliare di rifiutarsi di accedere ulteriormente presso l'infermo cliente. Piuttosto Ella dica alla famiglia che ha saputo dell'intervento del collega e che non intende assumere alcuna responsabilità pel caso che, seguendo altre prescrizioni o suggerimenti, la malattia dovesse volgersi diversamente ed eventualmente in disaccordo con la prognosi precedentemente da Lei fatta. Circa il sanitario che senza prevenirla accetta la cura a pagamento di un suo cliente, faccia rapporto all'Ordine dei medici della provincia.

Doctor JUSTITIA.

---

*Nomina a capitano medico.* — Gradirei conoscere a mezzo la rubrica « Posta degli abbonati » se recenti disposizioni danno diritto al grado di capitano di terra al laureato da 12 anni, diritto dato dalla libera docenza o comprimarità di ospedael. Nell'affermativa desidererei la integrale sdiposizione luogotenenziale, redatta in esteso.

Dott. Marmino Francesco.

Non è stata emanata alcuna disposizione relativa all'assegnamento del grado di capitano a quei medici che siano laureati da 12 anni, a meno che essi non abbiano altri titoli come quello di libero docente, primario d'ospedale, ecc. D.

---

## CONDOTTE E CONCORSI.

ARAMUGIA-BALLAO (*Cagliari*). — Condotta consorziale; L. 4000. Scadenza 10 settembre.

CANNETO PAVESE (*Pavia*). — Abit. 2345. Condotta piena in collina. Stipendio 5000 lire lorde. Tre aumenti sessennali del decimo. Documenti di rito. Scadenza 25 settembre.

CASTELNUOVO VAL DI CECINA (*Pisa*). — A tutto il 10 settembre. Residenziale. L. 4050. Tre sessenni. Assicurazione.

CHIUSI IN CASENTINO (Arezzo). — Condotta residenziale; lorde L. 4502, per due sessenni:

in caso di rinunzia al congedo L. 350. Scad. 30 settembre.

GIOIA DE' MARSI (*Aquila*). — Condotto; lire 3300 lorde, di cui L. 2500 per i poveri, L. 300 per la visita ai dementi del carcere mandamentale, L. 300 per gli abbienti, oltre L. 200 alloggio gratuito. Scadenza 10 settembre.

GRAGLIA-MUZZANO (*Novara*). — Condotto per poveri (circa 80); L. 1200; indennità di supplenza L. 250; quale U. S. L. 150; da Enti locali L. 450. Scadenza 30 settembre.

LORETO (*Ancona*). *Ospedale S. Casa*. — Cercasi subito assistente medico-chirurgo stipendio lire 200 mensili lorde R. M. Alloggio, prima colazione. Ospedale moderno con laboratorio completo, gabinetto radiografico. Inviare domanda al direttore.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta per Nuvolato. Scad. un mese dal 18 agosto. L. 3000 lorde e tre sessenni pei poveri, compenso dagli abbienti; L. 600 per carrozza e cavallo. Servizio entro 15 giorni.

S. AGATA FELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — Condotta 2° reparto, L. 3000 lorde e L. 700 per cav., indennizzo di L. 50 per ogni 10 semi-abbienti, L. 200 per U. S. Scadenza 10 settembre.

VILLENEUVE (*Torino*). — Medico consorziale; L. 2500 lorde; indennità L. 200. Scad. 15 sett.

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

Ci si comunica:

Villarboit, 27 agosto 1915.

Devo significare a codesta on. Redazione, che, causa la guerra, l'autorità tutoria non ha approvata la pubblicazione del concorso a questa condotta medica. Prego quindi l'on. redazione di prenderne nota nel Policlinico.

Il segretario comunale.

---

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

### Nel Corpo Sanitario Militare.

Il prof. Raimondo Feletti, direttore della R. Clinica medica di Catania, e il prof. Gesualdo Clementi, direttore della Clinica chirurgica della stessa Università, vennero nominati dal Governo ispettori degli Ospedali militari della Sicilia orientale, col grado di maggiori generali medici.

### Nel Corpo sanitario della R. Marina.

Con decreti luogotenenziali sono avvenute le seguenti promozioni nel Corpo sanitario militare marittimo con anzianità di grado dal 23 corrente e con decorrenza amministrativa dal 1° settembre prossimo venturo: a tenente generale, maggior generale Rho Filippo; a maggior generale, il colonnello Petella Giovanni Battista; a colonnello, il tenente colonnello Cocozza Campanile Vincenzo; a tenente colonnello, il maggiore Monterisi Nicola (scelta); a maggiore, il capitano Rolando Giovanni (anzianità).

(Sentiti rallegramenti al nostro amico professore Rho).

## COLTURA SUPERIORE.

### Per una maggior produzione di medici.

È stata diretta al ministro della P. I. la seguente lettera:

Parma, 27 agosto 1915.

*Eccellenza,*

I sottoscritti professori della Facoltà di medicina della R. Università di Parma, ai quali si uniscono aderendo i professori Guizzetti, Rattone, Coronedi, Corona, Gardenghi, Bonazzi, della stessa Facoltà, parte dei quali si trovano comandati fuori residenza per servizi militari, hanno esaminato con quali provvedimenti si potrebbe assicurare all'Esercito e al Paese un nuovo contingente di medici, del quale è nota la necessità, senza sottrarre all'Esercito in un sol tempo e per molti mesi gli studenti che dovrebbero prossimamente iscriversi al sesto anno di medicina, per completare i loro studi.

I sopradetti professori hanno riconosciuto che questo intento potrebbe essere ottenuto qualora il periodo delle lezioni nel prossimo anno scolastico fosse ripartito in due e in ciascuna delle parti fosse impartito interamente l'insegnamento che per ciascuna disciplina suole essere svolto in un anno accademico e contemporaneamente i giovani in servizio militare che nel venturo anno scolastico dovrebbero iscriversi nel sesto anno fossero distinti in due gruppi. Il primo gruppo dovrebbe frequentare le lezioni del primo periodo, il secondo del secondo. Gli studenti che non hanno obblighi militari potrebbero seguire le lezioni di un solo o di entrambi i periodi dello stesso anno di corso, ma non darebbero gli esami che alla fine del secondo periodo.

A questo modo, sottraendo al servizio militare per un periodo di tempo relativamente breve un numero di soldati, rispetto alla massa quasi trascurabile, si potrebbe con corsi accelerati ed intensivi, ottenere nei giovani una sufficiente preparazione alla laurea e quindi valersi di un numero non indifferente di nuovi medici, in questo momento specialmente necessari all'Esercito e al Paese.

A questo scopo in ciascun periodo dovrebbe impartirsi un congruo numero di lezioni e, dopo la chiusura di ciascun periodo, i nuovi laureandi potrebbero immediatamente presentarsi agli esami speciali e di laurea, per la quale dovrebbe essere abolita in questa circostanza la tesi scritta. È da avvertire che, poichè i due periodi potrebbero coincidere coll'e-

poca più rigida ed inclemente dell'anno, il distogliere per pochi mesi dal fronte un numero limitato di giovani potrebbe riuscire meno pregiudizievole all'efficienza dell'esercito attivo.

Analogamente, affinchè gli studenti del terzo e del quarto anno potessero meglio essere atti a prestare nell'esercito quei preziosi servizi militari a cui sono addetti gli studenti degli ultimi tre anni di medicina, il provvedimento potrebbe essere esteso ai corsi del quarto e del quinto. È da avvertire che gli studenti, durante un anno solare, non potrebbero iscriversi a più di un corso accelerato.

Che se poi il Governo riconoscesse che l'estensione del provvedimento anche ai corsi dei primi tre anni di medicina è compatibile colle supreme esigenze del servizio militare, potrebbe essere stabilito l'insegnamento accelerato anche a tutto od a parte del primo triennio.

Disposizioni regolamentari e transitorie precise dovrebbero fissare le norme per questi corsi accelerati, ai quali dovrebbe naturalmente presiedere una rigorosa disciplina.

Per poter attuare un simile piano di studi, sarebbe naturalmente necessario che il Ministero della pubblica istruzione ottenesse che i professori destinati a servizi militari fuori di residenza fossero, durante questi periodi di lezioni, comandati a prestare il loro servizio in residenza. A questo punto delle nostre proposte i professori attualmente comandati in servizio al fronte non partecipano per ragioni che saranno altamente apprezzate.

I professori della Facoltà medica della R. Università di Parma si onorano di sottoporre a S. E. il ministro della pubblica istruzione questo schema di progetto che essi hanno formulato nell'intento di giovare all'Esercito e al Paese in un momento così solenne, convinti che l'aumento del numero dei medici, come pure il porre gli studenti di medicina meglio in grado di assolvere le funzioni sanitarie, siano due intenti che, qualora si possano ottenere col minor danno possibile della efficienza dell'Esercito, al quale sono rivolte tutte le speranze e tutti i voti del Paese, si deve tentar di raggiungere con ogni maggiore sforzo. E per questo i professori stessi sarebbero lieti di sottoporsi al grave sovraccarico di lavoro che, qualora il progetto dovesse venire attuato, si imporrebbe loro necessariamente.

Comunque i sopraddetti professori augurano che S. E. il ministro della pubblica istruzione, o con questi, o con altri provvedimenti che Egli nella sua saggezza saprà escogitare, possa raggiungere gli intenti patriottici che si sono avuti di mira nel formulare queste proposte e assicuri così insieme nel venturo anno accademico l'efficace funzionamento delle scuole universitarie di medicina.

Firmato dai professori RONCORONI, preside della Facoltà — GALLENGA — RIVA — CECCHERELLI — PELAGATTI — SFAMENI — BERTARELLI — UGHI — GHERARDINI — CEVIDALLI — FERRARI.

---

## Per i nostri soldati.

Va intensificandosi in tutto il paese la campagna contro il freddo, che già insidia l'integrità fisica e la vita dei nostri combattenti.

La classe medica ha portato il proprio contributo fattivo a questa campagna: l'Associazione dei medici condotti ha lanciato un appello ai soci, la stampa medica ha aperto le sue colonne a discutere con competenza l'argomento, il senatore Maragliano ha tenuto una conferenza sulla lotta contro il freddo.

Ogni medico sentirà il dovere di portare il suo concorso a quest'opera, sia direttamente, sia con i consigli.

Sono sovratutto necessari gl'indumenti di lana (sciarpe e corpetti, calze e guantoni) e gli indumenti impermeabili (mantelli, sacchi felpati per passarvi la notte).

È sentita anche la necessità di proteggere il capo dei combattenti — che sporge dalle trincee — contro le scheggie di shrapnells o di rocce calcari, animate da debole forza viva e che perciò vengono facilmente arrestate da schermi leggeri, sebbene determinino ferite estese e spesso gravi.

Per il cranio bastano gli elmetti sottili d'acciaio rivestiti di stoffe: se ne fa già uso in Francia e in Germania. Ma è sovratutto importante la protezione degli occhi, i quali vengono rovinati anche da piccole scheggie e da proiettili morti, che non danneggiano quasi la pelle circostante. All'uopo giovano le visiere già usate nell'industria. Questa protezione s'impone per i militari che portano le lenti, poichè queste, scheggiandosi, producono le più terribili ferite del capo, tanto che in alcuni eserciti si è già proposto di allontanare dalla linea del fuoco i militari che hanno assoluto bisogno di lenti.

Oggetti utili sono anche pentole metalliche, per riscaldare ed asettizzare le vivande.

Sarà bene « propagandare » le famiglie dei combattenti, affinchè invece di leccornie o di oggetti inutili o superflui, inviino al fronte questi articoli preziosi di difesa personale. Dobbiamo aver presente che si va in guerra per vincere e non per morire o per rimanere mutilati o ammalare; epperò dobbiamo curare in tutti i modi la tutela dei combattenti.

R. B.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Sui campi dell'onore.**

Sono caduti eroicamente per la Patria:

il dott. Adolfo CAMUSSO, tenente medico, notissimo odontoiatra di Torino; non ci è noto in quali circostanze egli abbia trovato la morte;

lo studente in medicina Livio RASORI, sottotenente di complemento di fanteria da Valera presso Parma; gravemente ferito e fatto prigioniero, venne internato nel Castello di Lubiana, ove è morto in seguito alle ferite riportate;

il farmacista Alfonso DE MATTEI, tenente di fanteria.

**Per i provvedimenti profilattici.**

Il numero 1180 della « Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno » contiene un decreto luogotenenziale col quale « ritenuta la necessità di stanziare in bilancio i fondi occorrenti per intensificare taluni provvedimenti profilattici in dipendenza dello stato di guerra, viene aumentato di lire 615,000 lo stanziamento del capitolo n. 71 pei provvedimenti profilattici in casi di endemie e di epidemie, ecc., dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'interno, per l'esercizio finanziario 1915-916 ».

**La produzione nazionale dei medicinali.**

L'« Agenzia Nazionale » comunica:

Uno dei problemi che maggiormente ha impressionato durante la preparazione della nostra guerra è stato senza dubbio quello della produzione dei medicinali, che in massima parte erano importati dalla Germania, specialmente dalla Casa Merck di Darmstadt.

Esso è stato brillantemente risoluto con l'opera tenace, sagace e volonterosa delle nostre Case di prodotti chimici, che hanno intrapreso, riuscendovi brillantemente, la fabbricazione di quei prodotti che sembravano di esclusiva specialità tedesca. Questa fabbricazione nuovissima, e Milano è alla testa di questo risveglio, non potrà non giovare per l'avvenire, sottraendoci in ciò all'industria estera.

**L'arbitrato medico e gl'infortuni sul lavoro.**

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni nella sua ultima seduta votava un ordine del giorno invitante il Governo ad affidare, mediante decreto-legge, la risoluzione delle controversie sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio all'istituto dell'Arbitrato medico obbligatorio.

In risposta a tale deliberazione, i rappresentanti della Triplice del Lavoro (Confederazione, Lega Nazionale Cooperativa e Federazione Nazionale Società M. S.) hanno votato quest'ordine del giorno:

« Vista la deliberazione della Cassa Nazionale Infortuni votata in un recente Consiglio, per chiedere al Governo l'arbitrato medico obbligatorio onde impedire e frenare la piaga onerosa della speculazione e della simulazione degli infortuni ed abbassare conseguentemente le spese di liquidazione delle indennità; premesso che qualunque parziale modificazione della legge infortuni, oltrechè essere incostituzionale se promulgata con decreto speciale, non può riuscire proficua se scompagnata da una radicale e generale riforma della legge stessa; ritenuto che la istituzione dell'arbitrato medico obbligatorio non gioverebbe in modo sensibile alla Cassa Nazionale Infortuni e darebbe invece adito agli Istituti di assicurazione di intensificare ancor più l'opera di sfruttamento a danno degli operai infortunati;

si chiede il sollecito ed energico intervento del Comitato permanente perchè esamini la proposta della Cassa Nazionale e scongiuri la promulgazione di provvedimenti pericolosi e dannosi, ricordando che la Triplice del Lavoro non fu mai seconda ad alcuno nel desiderare una giusta e morale applicazione della assicurazione infortuni; invocando dal Governo la sollecita riforma della legge, poichè solo il regime di monopolio confortato da una speciale magistratura, dall'indennità in rendita e dalle altre riforme proposte dal Congresso della Triplice del Lavoro (febbraio 1913) può impedire ogni forma di frode e di parassitismo ».

**Comitato lombardo per i soldati mutilati in guerra.**

Anche a Milano è sorto un Comitato di benefiche signore e di volonterosi cittadini, il quale si propone il compito dell'assistenza ai soldati che ritornano dalla guerra mutilati o storpi, o comunque indeboliti nelle loro attitudini e nei loro mezzi di lavoro. Perciò il Comitato lombardo si propone di:

1. Provvedere questi soldati degli arti artificiali costruiti secondo la tecnica più perfezionata e che crea non già delle appendici a semplice scopo estetico, ma bensì degli apparecchi capaci di rispondere ad una reale ed utile funzione.

2. Organizzare la rieducazione professionale del soldato mutilato provveduto di conveniente arto artificiale.

3. Provvedere al collocamento dei soldati che escono dalle Case di lavoro al termine della loro rieducazione, mettendosi in rapporto coi Sindacati dell'industria e del commercio, colle imprese di lavoro, colle organizzazioni di mestieri, nonchè promovendo dallo Stato nuove disposizioni legislative, che rendano possibile a questi gloriosi reduci dalla guerra di ottenere un impiego governativo compatibile colle loro deficienze fisiche.

4. Coordinare alla propria le iniziative regionali, che già stanno sorgendo o sorgeranno nei principali centri del Regno, in un'azione concorde e perciò più efficace, mirando a costituire una Lega nazionale di soccorso ai soldati mutilati, che più prontamente porterebbe alla soluzione del complesso e difficile problema.

Il Comitato lombardo intende dare il suo appoggio morale e materiale al Rifugio per mutilati « Fanny Finzi Ottolenghi », sorto per iniziativa privata a Milano (in Gorla Prima).

Ma poichè le provvidenze del Rifugio saranno certamente inadeguate alle esigenze delle molte centinaia dei nostri lavoratori resi dalla guerra parzialmente invalidi, il Comitato lombardo confida poter dischiudere alla rieducazione dei suoi protetti ancora altre vie nelle indu-

strie, nei commerci, nelle imprese di lavoro, nelle organizzazioni di mestiere e promuovendo dallo Stato nuove disposizioni legislative.

Queste molteplici attività suggerite dallo studio dei primi bisogni, dovranno in avvenire essere integrate da altre utili provvidenze quali, ad esempio, l'istituzione di Patronati pei soldati disoccupati, l'organizzazione del lavoro a domicilio per i più gravemente danneggiati, ecc.

**Arruolamento di infermiere.**

Il Comitato di Milano della Croce Rossa, vista l'ottima prova fatta dalle infermiere volontarie negli ospedali militari e vista la necessità di avere nuovo personale di assistenza, ha stabilito di aprire un nuovo corso accelerato.

Le lezioni sono impartite dal maggiore dottor T. Sironi.

**Giornali medici sospesi in Austria.**

Il « Journal of the Amer. Med. Ass. » del 14 agosto 1915 riporta dalla « Berliner » che hanno sospeso le loro pubblicazioni:

la « Prager medizinische Wochenschrift » dopo 40 anni di esistenza, nei quali ha rappresentato la medicina tedesca in Boemia ed è stata l'organo della Facoltà medica di Praga;

l' « Allgemeine Wiener medizinische Zeitung », la quale era nel 16° anno di vita.

**Colera, tifo e vaiolo a Vienna.**

Si ha notizia da Zurigo, 30 agosto:

È stata pubblicata dal Municipio di Vienna una relazione sulle condizioni sanitarie della capitale austriaca durante il primo anno di guerra. Per quanto riguarda le malattie comuni la relazione registra un aumento dei decessi in seguito a malattie di cuore. Nei lazzaretti destinati a malattie infettive furono ricoverate complessivamente 31,000 persone. Il vaiuolo assume a Vienna proporzioni rilevanti e preoccupanti quali non si riscontrarono da più di venti anni. Furono denunziati complessivamente 1613 casi; la mortalità fu del 21.7 per cento.

Anche il colera, il tifo intestinale, il tifo esantematico fecero la loro apparizione. Il tifo esantematico fece morire il 28.7 per cento dei colpiti.

**La professione medica australiana per la guerra.**

Il « Medical Journal of Australia » del 19 giugno informa, e il « Journal A. M. A. » del 14 agosto riferisce, che il 28 % dei medici australiani sono impegnati per la guerra in Europa; prestano servizio nelle ambulanze da campo, nei depositi di convalescenza, negli ospedali generali e in 18 navi-ospedale. Il rapporto dei medici alla popolazione civile si è così ridotto in Australia da 1 :2000 a 1 :2722.

**Medico italiano premiato dal Governo Cinese.**

Il cav. uff. dott. D. A. Mazzolani, residente ora a Tripoli, ha in questi ultimi giorni ricevuto le insegne e il diploma di cavaliere dell'Ordine Chiu Ho, trasmessigli da S. E. il conte Sforza, ministro italiano a Pechino.

Tale atto di S. E. il presidente della Repubblica Cinese, Yuan, è in rapporto con le antiche benemerenze del nostro concittadino nell'organizzazione dei servizi sanitari della Divisione militare di Yunnanfu (Yunnan Province) e con le cure prestate ultimamente ai feriti militari e civili, in seguito al saccheggio della città di Laohoken (Hupé Settentr.).

Ci compiacciamo vivamente con il nostro collega di questo riconoscimento ufficiale della sua fattiva operosità in Cina.

**Il premio Osiris.**

Il premio Osiris, ammontate a 183,000 franchi (include anche la quota del 1912, la quale non venne assegnata), è stato conferito dall'Istituto di Francia per scoperte e studi pratici compiuti nel campo della medicina: Chantemesse e Widal si ripartiranno 50,000 franchi, e la stessa somma va al dott. Vincent, per gli studi sul vaccino; 60,000 franchi sono distribuiti tra varie ambulanze; il resto viene posto in riserva.

## PAOLO EHRLICH

Ad Homburg, nei dintorni di Francoforte sul Meno, è spirato il 23 u. s. Paolo Ehrlich; la fama universale dell'uomo ha saputo varcare tutte le barriere che oggi più che mai dividono i popoli e portare anche a noi la triste nuova. Siamo certi di interpretare giustamente il pensiero del mondo medico italiano nel partecipare con tutto il cordoglio alla immatura perdita di Paolo Ehrlich, mente geniale ed innovatrice, maestro di maggior seguito, benefattore grande ed illuminato di tutta l'umanità.

Nato a Strehlen (Slesia) il 14 marzo 1854, studiò medicina in Breslavia, Strassburgo ed assolse l'esame di Stato a Breslavia nel 1877 dopo aver frequentato in modo speciale i laboratori di Cohnheim ed Heidenhein. Nel 1878 era già chiamato come medico capo alla Prima Clinica medica di Berlino allora diretta da Frerichs ed il primo periodo dal 1878 al 1887 di attività scientifica svolta in questa clinica è caratterizzato da studi analitici delle sostanze coloranti. I primi risultati di tali studi applicati alla istologia del sangue portarono a quella differenziazione dei diversi elementi morfologici di esso sulla quale riposa ancora oggi la diagnosi della maggior parte delle malattie del sangue. Non meno importanti, sia da un punto di vista dottrinale come pratico e pure di questo periodo sono la scoperta della resistenza agli acidi di alcune sostanze coloranti fissate dal bacillo tubercolare, la diazoreazione dell'urina, la colorazione vitale col bleu di metilene della sostanza nervosa. Nel 1884 riceveva il titolo di professore e nel 1887 era nominato docente presso l'Universtà di Berlino. Nel 1888 sperimentando col bacillo tubercolare inavvertitamente si infettava e doveva poco tempo dopo constatare

nel proprio sputo e col metodo legato al suo nome la presenza del bacillo tubercolare; dovette subito interrompere la sua attività scientifica, recarsi in Egitto ed in altri paesi del sud a scopo di cura, rimanendo lontano da Berlino per un anno e mezzo.

Rimessosi in salute, entrava nel 1890 nell'Istituto delle malattie infettive, diretto da Koch, ed era nominato professore straordinario presso l'Università di Berlino. S'inizia qui il secondo periodo della multiforme attività dell'uomo, guidata sempre dal concetto fondamentale degli stretti rapporti che corrono fra costituzione, distribuzione ed azione; appartengono a questo periodo le ricerche su alcune sostanze proteiche vegetali assai velenose, quali l'abrina e la ricina, la possibilità di immunizzare contro esse e quindi anche contro sostanze di natura non batterica e ciò che più importa la dimostrazione con metodi esatti eseguiti in vitro di una misura matematica del grado di immunità ottenuta. In collaborazione con Brieger, Kolle e Wassermann stabiliva le leggi fondamentali che regolano la immunizzazione, la preparazione dei sieri antitossici, la loro amministrazione con speciale riguardo al siero antidifterico ed infine dimostrava negli animali immunizzati il passaggio degli anticorpi nel latte e quindi il meccanismo del carattere ereditario dell'immunità per alcune malattie.

Nel 1896 Paolo Ehrlich fu chiamato a dirigere in Steglitz (Berlino) l'Istituto per il controllo e lo studio dei sieri; il breve periodo dal 1896 al 1899 passato a Steglitz è caratterizzato da un'enorme attività di quel piccolo Istituto al quale già cominciavano ad accorrere da ogni parte del mondo studiosi chiamativi dalla fama indiscussa che Ehrlich si era procacciata. Sono di quest'epoca gli studi più geniali che la mente di Ehrlich seppe ideare ed attuare; ricordo quelli sulla costituzione delle tossine che portarono alla netta divisione fra funzione tossica e fissatrice dell'antitossina, sulla natura delle antitossine e degli anticorpi in genere definiti quali gruppi atomici staccatisi dal protoplasma e destinati a fissare in modo specifico il rispettivo veleno, preparando così gli elementi di quella dottrina delle catene laterali che ha regolato già per oltre tre lustri e regola ancora il meccanismo di una serie infinita di fenomeni biologici i più delicati.

Nel 1899 Ehrlich è chiamato a dirigere l'Istituto di terapia sperimentale di Francoforte sul Meno dove le ricerche già iniziate in Steglitz in collaborazione con Morgenroth sulle emolisine prendono un nuovo impulso ed un enorme sviluppo. Il meccanismo dell'azione litica degli anticorpi diretti contro cellule animali e batteriche, la dottrina degli ambocettori, la costituzione del complemento ed i suoi rapporti coll'ambocettore formano le basi dell'odierna sierodiagnostica, sulle quali Wassermann fondava poi l'edificio della sierodiagnosi della sifilide.

Nel 1903 Ehrlich riceveva la grande medaglia d'oro per merito scientifico e nel 1904 era nominato professore ordinario onorario presso la Università di Göttingen.

Nel 1902 in collaborazione con Apolant inizia le ricerche sui tumori maligni confermando il possibile trapianto da animale ad animale, dimostrando l'aumento della virulenza mediante i successivi trapianti, il possibile passaggio del carcinoma in sarcoma. Da un punto puramente dottrinale importanti sono le ricerche sulla immunità acquisita e sulla immunità atreptica verso i tumori maligni, ricerche legate al nome suo ed a quello di H. Apolant, collaboratore efficace, purtroppo anch'esso quest'anno improvvisamente rapito alla scienza.

Nel 1906 Ehrlich assumeva anche la direzione della Casa Georg Speyer dovuta alla illuminata munificenza della signora Francesca Speyer e fondata per ricerche di chemo-terapia ad onorare la memoria del marito. Era così coronato il sogno tanto ambito di Ehrlich di studiare in modo sistematico e con mezzi sufficienti i rapporti che corrono fra protoplasma da una parte e costituzione, distribuzione ed azione del medicamento dall'altra. Nel 1908 gli veniva conferito il premio Nobel per la medicina. Non tardarono a manifestarsi i grandi frutti sia dottrinali che pratici della rinnovata operosità del genio di Ehrlich nel campo della chemoterapia; il tripanrot quale mezzo curativo delle infezioni da tripanosoma, la costituzione dell'atoxil da esso chiarita e quindi aperta la via a molteplici possibilità di introdurre nell'organismo l'arsenico sotto varie nuove combinazioni ed in forma più attiva e prima fra queste il salvarsan.

Colla scoperta del salvarsan il nome di Ehrlich usciva dalla cerchia degli studiosi ed acquistava una popolarità universale giustificata dalle benemerenze verso l'umanità che a lui doveva un nuovo mezzo di difesa contro una delle più diffuse ed insidiose malattie.

Quale allievo devoto, quale ammiratore della geniale operosità e della anima eletta di Paolo Ehrlich, io mi inchino coll'animo affranto dal dolore dinanzi alla Sua venerata salma. Il nome di Paolo Ehrlich rimarrà scritto a caratteri indelebili nella storia della scienza e non potrà essere ricordato che con animo di piena gratitudine da tutta l'umanità.

C. MORESCHI.

## Rassegna della stampa medica.

*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, lug. MILLER e FAIRBANK: La fissazione del complemento nelle malattie della tiroide. — SHIPPEN: I microrganismi del latte riscaldato. — SANDROCK: Relazioni tra splancnoptosi e acidità gastrica.

*Il Cesalpino*, 15 lug. CIAMPOLINI: Lussazione traumatica dell'estremo distale del V metatarso. — BIANCHINI: Neoformazione connettivale della spalla in un portatore a stanga.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 13 lug. GRIMBERT: I prodotti medicinali d'origine straniera (relazione). — Medicina di guerra.

*Annali di Med. Nav. e Colon.*, mag. RHO: I servizi sanitari nella guerra navale. — FIORITO: Tossicodermia arsenicale: cheratosi palmare. — DE BERNARDINIS: Psicologia e medicina tripolitane.

*Gl'Incurabili*, 30 giu. AIEVOLI: Insegnamenti sanitari tratti dall'attuale guerra.

*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, 30 giu. PAMPANINI: Influenza delle scottature, delle iniezioni di siero e dello shock anafilattico sulla gravidanza e sul prodotto del concepimento. — MACCABRUNI: Cisti dermoide del canale inguinale in connessione col legamento rotondo. — COLOMBINO: Trattamento delle fistole ureteriche colla nefrectomia.

*Paris Méd.*, 17 lug. MIGNON: Una sala d'operazione sul fronte. — QUÉNU: Sintomi peritoneali nelle ferite da arma da fuoco non penetranti dell'addome.

*La Stomatol.*, lug. BABINI: Le fistole cutanee d'origine dentale.

*Giorn. di Med. Milit.*, 30 apr. Epidemia di meningite cerebro-spinale tra i militari di Capua. — CHIABRERA: Scale acumetriche professionali. — FRANCHI: Spondilite post-tifica.

*Proc. R. Soc. of Med.*, giu. MAC LEOD: Le eruzioni pemfigoidi. — WALKER: Isolamento e identificazione del « Bacillus typhosus » e dei microrganismi affini.

*Gazz. d. Osp.* 4 lug. DE ANGELIS: Valore diagnostico dell'emocoltura nella febbre di Malta.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 20 lug. LANDOUZY: Vaccinazioni antitifoidee. — PÉTROVITCH: Omosieroterapia della febbre tifoide nell'armata serba. — DALIMIER: Trattamento degli accidenti sifilitici nei combattenti.

*La Presse Méd.*, 22 lug. GAUTRELET: Trattamento delle emoraggie traumatiche mediante il lavaggio col siero fisiologico di Locke. — JOMÉ: L'ascoltazione del polso venoso.

*La Rif. Med.*, 24 lug. ROCCAVILLA: Le resistenze globulari ed i poteri antiemolitici del sangue nella pratica clinica. — FALCONE: Sui trapianti articolari. — PROVINCIALI: La terapia vaccinica nella tubercolosi infantile.

*Pensiero Med.*, 25 lug. DELLA TORRE: Sui diverticoli della vescica.

*Brit. Med. Journal*, 24 lug. MAYO ROBSON e altri: Chirurgia di guerra. — Note di farmacologia.

*Il Cesalpino*, 1 agosto. CIAMPOLINI: Postumi traumatici oculari nella pratica infortunistica. — DE DOMINICIS: Perforazioni dell'utero da manovre abortive.

*L'Attualità Med.*, giu. ASCOLI V.: Le moderne conquiste della clinica della malaria. — ISNARDI: Chirurgia di guerra.

*The Boston M. a. S. Journal*, 8 lug. GOODALE: Terapia « pollinica » nella febbre da fieno. — HONEIJ, KATSAINOS: Sulla lebbra.

*Medical Record*, 10 lug. ECCLES: Le tonsille e la lotta per l'esistenza. — INGALS: Broncoscopia fluoriscopica. — MEYER L.: Il trattamento conservativo delle adeniti tubercolari del collo.

*The Journal A. M. A.*, 10 lug. COLLINS: Sifilide del cervello. — EINHORN: Sulla pancreatite cronica. — BUFFORD e LANE: Avvelenamento da calomelano. — KOLMER e MOSHAGE: False reazioni cutanee. — MC CRAE: L'uso delle parole in medicina.

*Riv. Ospedal.*, 15 lug. CAGNETTA: Trombo vulvovaginale in gravidanza. — BIANCHINI: La sindrome radiologica del cancro gastrico.

*The Lancet*, 24 lug. LAUDER BRUNTON: Le malattie funzionali delle arterie. — FILDES e REICHMEN: Nuova mescolanza antisettica per le ferite d'arma da fuoco e in chirurgia generale.

*Arch. di Farmac: Sperim. ecc.*, 1 e 15 giu. PICCOLI: Attivazione esercitata dal lievito di birra sul succo gastrico. — BALDONI: Reazione della strofantina. — MAESTRE: Dosaggio dell'urea e delle sostanze estrattive delle orine.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII. *Roma, 12 settembre 1915* Fasc. 37

# IL POLICLINICO

## SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



☞ ***NUOVO** Premio semigratuito **di eccezionale importanza!***

La missione della donna italiana è oggi al letto del soldato ferito. Niun'altra opera, e sono molte alle quali è chiamata in questi supremi momenti la donna, può essere più benefica e confortevole di quella diretta ad alleviare le sofferenze e a sollevare lo spirito dei nostri prodi soldati caduti feriti sul campo della gloria. Ma l'arte dell'infermiere non è agevole o quanto meno non produce tutti quei benefici effetti onde è capace, senza una seria preparazione, ed a ciò mira il

**VADEMECUM DELLA INFERMIERA in casa e negli ospedali** con speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in guerra

che il nostro egregio collaboratore prof. GIACINTO QUARTA ha preparato per incarico della nostra Amministrazione.

Questo manuale con stile chiaro, semplice e conciso, e con singolare perizia compilato, contiene quanto è necessario alla donna di sapere per adempiere efficacemente il pietoso ufficio d'infermiera al letto del ferito e dell'infermo. Le numerose illustrazioni sono di grande ausilio all'intendimento del testo e agevolano in modo sicuro l'opera della lettrice in ogni contingenza del suo nobile ufficio.

Per mettere i nostri cortesi abbonati in grado di diffondere il manuale stesso presso le signore di loro conoscenza, abbiamo deliberato di spedire in porto franco le copie che ci venissero richieste col loro tramite al *solo prezzo di costo*, cioè a L. **2.50** ciascuna.

La nostra Amministrazione non ha apprestato questo libro a scopo di lucro, ma unicamente con l'intento di concorrere a rendere sempre più benefica la nobile e pietosa opera delle donne italiane al letto del ferito o dell'infermo; e se i nostri fedeli abbonati vorranno prestarsi al conseguimento di questo intento avranno anche essi la loro parte di benemerenza.

Un volume in XVI° grande, di circa 250 pagine, nitidamente stampato, con 94 figure intercalate nel testo, L. 4.

**Le richieste, da farsi mediante cartolina vaglia, si dovranno indirizzare esclusivamente al prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, 46 - Roma.**

## LAVORI ORIGINALI.

Ospedale Civile Umberto I in Ancona (Padiglione Isolamento)
diretto dal prof. UMBERTO BACCARANI.

### La cura del morbillo col siero di morbillosi convalescenti (Sieroterapia interumana antimorbillosa)

per il dott. UMBERTO MAJOLI, assistente.

Nell'inverno e primavera dell'anno 1914 si è avuto qui in Ancona una forte epidemia di morbillo, con il massimo di intensità nel mese di marzo (748 casi). Si sono avuti in tutto sovra una popolazione di 68,280 abitanti, 1938 casi di morbillo. I morti furono 56; la mortalità quindi dell'epidemia del morbillo, nel nostro Comune, fu del 2.89 %.

Di questi 1938 casi di morbillo ne vennero ricoverati all'Ospedale 58 e in questi ospitalizzati — la maggior parte dai 2 ai 10 anni — si ebbe una forte mortalità, e cioè del 25.86 %.

La ragione di questa mortalità così elevata deve ricercarsi nel fatto che i medici condotti hanno inviato all'Ospedale solamente i casi più

gravi e quelli con gravi complicanze, a carico sopratutto dell'apparato respiratorio. Infatti in quasi tutti i nostri infermi avemmo complicanze dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, del sistema nervoso, dell'apparato uropoietico, dell'apparato cardio-vascolare. Solo in pochi casi, riguardanti infermi oltre i dieci anni, l'infezione morbillosa decorse senza alcuna complicanza.

La degenza individuale media fu di 12.14 giornate; e cioè ogni morbilloso rimase in media all'Ospedale poco più di 12 giorni.

Per consiglio del prof. Baccarani ho tentato in alcuni casi la sieroterapia antimorbillosa interumana, e poichè i risultati non mi sono sembrati senza qualche interesse scientifico e pratico, così credo prezzo dell'opera di renderli di pubblica ragione.

Per quante ricerche bibliografiche io abbia praticato, non mi è stato possibile di rilevare che altri prima di me abbiano eseguito un simile tentativo nel trattamento dell'infezione morbillosa. Si conosce invece — per non parlare che delle malattie esantematiche dell'infanzia — la sieroterapia interumana della scarlattina, e pare con risultati abbastanza incoraggianti.

E precisamente il trattamento della scarlattina con il siero di sangue di soggetti recentemente guariti di questa malattia, fu fin dal 1896, tentato dal Weissbecker. Tali tentativi furono ripresi nel 1902 da von Leyden, in collaborazione con Huber e Blumenthal; nel 1912 da E. Reiss e P. Jungmann, e finalmente nel 1913 da R. Koch.

Ho utilizzato il siero di sangue di ammalati di infezione morbillosa non trattati con sostanze medicamentose, senza alcuna complicanza clinica, in convalescenza appena iniziata, e mi sono valso di comuni metodi di laboratorio per assicurarmi che il siero era sterile e che i soggetti che mi fornivano il siero non erano sifilitici. Mi hanno fornito il siero cinque giovani donne di ottima derivazione e senza precedenti personali importanti. Il siero veniva raccolto dal sangue di un salasso (circa 250 cmc.) tenuto per 24 ore in riposo, a bassa temperatura. Veniva poi passato in fiale da 5-10 cmc. ciascuna e dopo essermi assicurato che era sicuramente sterile, usato negli ammalati.

In alcuni infermi vennero eseguite le iniezioni con un unico siero antimorbilloso, con siero cioè fornito da un solo convalescente; in alcuni altri ammalati praticai una polisieroterapia antimorbillosa e cioè utilizzai il siero di tre convalescenti in parti uguali.

Dichiaro fin da questo momento, che i risultati migliori si sono ottenuti con le iniezioni polivalenti. La quantità di siero iniettata ha variato, a seconda dei casi ed a seconda della gravità della malattia, da 15 a 50 cmc. Le iniezioni (5-10-20 cmc. per volta) venivano praticate ogni 24 ore.

I casi trattati col siero antimorbilloso furono otto e nella maggiore parte bambini sui 9 anni. In nessun caso si è osservato il più piccolo accidente serico.

Ecco in breve, come vuole questa nota preventiva, i risultati da me ottenuti in riguardo ai principali sintomi dell'infezione morbillosa.

FEBBRE. — La febbre, come è noto, suole durare, nei casi ordinari, una settimana circa. Nei miei infermi quando la iniezione venne eseguita in seconda, terza giornata di malattia, al primo comparire dell'esantema, la febbre ebbe una durata più breve, e più precisamente, in alcuni casi, la febbre durò in tutto 4-5 giorni.

In qualche caso, poco dopo la iniezione, si ebbe un rialzo termico di alcuni decimi; in altri una tale reazione febbrile mancò del tutto e finalmente in tre casi, sopra otto, la febbre incominciò a diminuire fin dalla prima iniezione.

Il comportamento cioè della febbre, di fronte alle iniezioni di siero antimorbilloso, non fu uguale in tutti i casi. Solo io posso affermare che il periodo febbrile, nei casi nei quali venne iniziata ai primi sintomi la sieroterapia antimorbillosa, fu alquanto più breve dell'ordinario.

ESANTEMA. — L'esantema morbilloso caratteristico, fu in tutti i casi molto limitato; impallidì rapidamente e la desquamazione fu pressochè insensibile. E cioè l'eruzione morbillosa, nei casi trattati con le iniezioni di siero, apparve attenuata e di breve durata, in confronto degli altri casi di morbillo, che non ebbero la sieroterapia antimorbillosa.

COMPLICANZE. — In nessuno degli otto casi trattati con il siero dei convalescenti di morbillo si ebbe la più lieve complicanza. La malattia decorse in tutti regolarmente, come una forma di morbillo lieve, mentre in tutti gli altri casi, come ho detto fin da principio e come lo dimostra l'alta percentuale di mortalità (25.86 %), le complicanze, sopratutto a carico dell'apparato respiratorio, furono molto frequenti.

I risultati ottenuti con il trattamento sieroterapico antimorbilloso mi sembrano tali da autorizzare a riprovare sopra un maggior numero di casi una siffatta cura specifica. Infatti le iniezioni sono state ben tollerate e non hanno dato luogo a nessun inconveniente. Il processo morboso, nei casi trattati con il siero, ha decorso con febbre meno alta, la durata è stata un po' più breve della comune e in nessun infermo si è avuta nessuna complicanza.

# SUNTI E RASSEGNE.

## EPIDEMIOLOGIA.

### La etiologia della peste.

(LANDSTEINER. *Klin.-Ther. Woch.*, 1915).

Le epidemie di peste occasionate dall'attuale guerra hanno dato incremento agli studî su questa infezione.

I giornali medici tedeschi ed austriaci si occupano diffusamente dell'argomento. Landsteiner ricapitola le moderne conoscenze sulla etiologia della peste. Il microrganismo patogeno di questa infezione è un bacillo, le cui caratteristiche morfologiche sono ben note e che si trova in grande quantità nel materiale infetto. Esso assume con i comuni colori di anilina una colorazione più accentuata ai poli. Può disporsi a catena ed assumere una forma vescicolare, anulare, ramificata, forme che sono ritenute degenerative. Anche le colonie sui terreni solidi di cultura sono caratteristiche, il loro orlo è tipicamente lobato.

Ordinariamente l'esame microscopico e quello culturale sono sufficienti per la diagnosi, ma nei casi difficili un mezzo di accertamento sicuro è quello dell'esperimento sugli animali. La peste sperimentale è molto analoga a quella umana, anche gli animali inoculati presentano tumefazioni grandulari e setticemia.

Gli animali più sensibili sono i ratti e le cavie, ma anche i cani, le pecore, le capre, i cavalli, i bovini possono essere infettati.

Il materiale pestoso può essere introdotto nell'organismo dei ratti, che sono gli animali più adatti agli scopi diagnostici, o iniettandolo con un ago-cannula alla radice della coda o fregandolo su un punto della cute di una cavia precedentemente rasa, per modo che i germi penetrino attraverso le piccole lesioni che si producono radendo l'animale. Anche quando si tratti di materiale misto ad altri germi, con questo ultimo sistema l'unica infezione che si produce è quella pestosa, perchè solo i bacilli della peste hanno una virulenza tale che li rende capaci di superare la barriera cutanea.

I materiali che si adoperano per gli esami diagnostici sono il sangue, l'urina, lo sputo o anche il succo dei bubboni che si ottiene mediante una puntura o un'incisione.

Per quel che riguarda la ricerca del bacillo nei ratti morti sulle navi, bisogna osservare che essa è molto difficile perchè i bacilli della peste sono rapidamente distrutti dai batteri della putrefazione, e d'altra parte negli stessi animali possono trovarsi altri bacilli morfologicamente simili a quelli della peste.

La infezione pestosa dà origine a due forme cliniche differenti: la peste bubbonica e la peste pneumonica. La peste bubbonica, secondo la opinione prevalente, sarebbe trasmessa all'uomo dai ratti e dalle pulci, animali con i quali i bacilli della peste vivrebbero in una specie di simbiosi. In alcune regioni la peste è fra i ratti endemica; di tanto in tanto essa divampa, molti animali muoiono, ma parecchi sopravvivono affetti da una forma cronica dell'infezione. In primavera quando i ratti partoriscono, si ha la produzione di nuovi individui recettivi, l'epidemia scoppia di nuovo fra essi e può diffondersi agli uomini.

È il ratto domestico, come quello che più vive a contatto con l'uomo, quello che diffonde l'infezione, e la trasmissione da ratto a ratto è dovuta certamente alle pulci, che, secondo alcuni AA., sarebbero anche i veicoli dell'infezione dal ratto all'uomo.

La diffusione da uomo a uomo della peste bubbonica non è grande quando le condizioni igienico-sanitarie siano buone: secondo alcuni negli ospedali ben mantenuti le probabilità di contagio non sarebbero superiori a quelle del tifo.

Viceversa la contagiosità della peste pneumonica è enorme. L'escreato dell'infermo nel quale i bacilli sono numerosissimi, costituisce una fonte inesauribile di contagio, la cui diffusione è dovuta alle goccioline emesse col respiro dall'infermo.

La profilassi della peste nelle regioni dove essa è endemica si fonda principalmente sulla distruzione dei ratti e delle pulci. Per la distruzione dei ratti sulle navi si adoperano i prodotti della combustione dello zolfo o del carbone.

Anche la vaccinazione si è dimostrata un efficace mezzo profilattico sopratutto per la peste bubbonica. La sieroterapia non ha dati buoni risultati.

DR.

### La sintomatologia e la cura della peste.

(R. POECH. *Klinisch-therapeutische Woch.*, 1915, n. 5-6).

La peste assume due differenti forme cliniche: la peste bubbonica e la pneumonite pestosa. La glandula linfatica o il gruppo glandulare colpito dal bacillo della peste è dolente alla pressione, e questo dolore costituisce il primo sintomo della infezione. Con l'aumento di volume della glandula o del gruppo di glan-

dule infette, la cute soprastante viene anche essa infiltrata, s'inspessisce, diventa dura ed edematosa. Questa tensione più o meno marcata della cute è caratteristica della peste: a poco a poco la cute perde l'elasticità, acquista uno splendore opaco e talora un colore rosso scuro ed è più calda della pelle circostante. In principio si possono ancora distinguere con la palpazione le singole glandule infiltrate, ma più tardi ciò non è più possibile perchè la cute diventa dura e tesa. Questo edema cutaneo si diffonde anche oltre la porzione di pelle corrispondente al pacchetto di glandule infette, successivamente ridiventa più o meno molle ed anche fluttuante, ed infine nell'ulteriore decorso le glandule si disgregano. Allora la parte diventa più molle ancora e l'edema si può deprimere con le dita, la primitiva durezza scompare a poco a poco. Infine le glandule possono suppurare ed anche aprirsi spontaneamente.

Albrecht e Ghon furono i primi a constatare all'autopsia che le glandule infettate primitivamente hanno un aspetto differente da quelle infettate in secondo tempo. I bubboni primarii presentano sempre più gravi manifestazioni.

Si distinguono bubboni primari inguinali e crurali, che sono i più frequenti, ascellari, cervicali, che sono meno frequenti, mentre più rari ancora sono quelli cubitali, poplitei o di altre regioni.

Ordinariamente le glandule inguinali e crurali sono infettate sempre insieme. Spesso si osserva che ambo i gruppi sono infiltrati omogeneamente e tanto intensamente da formare un unico tumore solcato nel mezzo dal legamento di Poupart. Molto spesso il bubbone inguinale provoca una flessione della coscia.

Il bubbone ascellare si manifesta sempre nella parte posteriore del muscolo pettorale, riempie a poco a poco il cavo ascellare fino a farlo diventare convesso. L'edema cutaneo si diffonde largamente sul pettorale ed al braccio. In questi bubboni specialmente si osserva non di raro che la cute edematosa, quando vi si striscia leggermente sopra col dito, tremola come la gelatina.

I bubboni cervicali provengono dalle glandule linfatiche della parte esterna del pavimento della bocca o dalle latero-cervicali. In principio si possono ancora distinguere le singole glandule tumefatte, ma ben presto queste si fondono in una unica bozza, il cui punto più prominente è all'angolo del mascellare inferiore. L'edema si diffonde a tutta la metà del volto e del capo, verso la clavicola ed indietro verso la spalla.

Specialmente in questi bubboni si ha la formazione sulla cute di bolle piene di un liquido sieroso o ematico. Naturalmente la localizzazione dei bubboni al collo produce un grande ostacolo alla respirazione: il paziente apre con difficoltà la bocca, le narici sono dilatate, i muscoli ausiliari del collo entrano in attività forzata, compare dispnea e grande irrequietezza. Anche la mucosa della bocca e della retrobocca può essere infetta e nell'interno della faringe si determinano versamenti siero-ematici. Il paziente, il cui aspetto è dei più rattristanti, giace in preda a delirio ed i rumori respiratorî e le parole impacciate formano un suono indistinto. Molto spesso compare edema della glottide, che pone termine alla malattia.

Nella pneumonite pestosa la infezione è localizzata nei polmoni; può sussistere sempre isolata oppure seguire o dar luogo ad una localizzazione glandulare. La malattia comincia con un brivido di freddo caratteristico e le altre manifestazioni sono analoghe a quelle della forma bubbonica, solo la tosse, l'escreato sanguigno, la dispnea, la cianosi mettono sull'avviso per una localizzazione polmonare.

L'escreato sanguigno della polmonite pestosa è simile a quello della polmonite crupale, dal quale si distingue unicamente per l'assenza di coaguli di fibrina e perchè la quantità di sangue è maggiore.

Talora si può avere un vero emoftoe. La tachipnea è accentuatissima, da una media di 50 si può salire fino a 75 atti respiratorî al minuto. Alla percussione si rileva una zona di ottusità dovuta alla confluenza dei focolai lobulari. Nella polmonite pestosa primaria v'è sempre un notevole tumore di milza.

Per quel che riguarda le manifestazioni generali della peste bisogna notare che la malattia può comparire con prodromi, ma può anche scoppiare nel più completo benessere con un brivido violento cui segue la febbre che in poche ore sale fino a 39°. L'infermo soffre cefalea, vertigini ed estrema prostrazione. Può anche verificarsi che già dai primi giorni esistano malessere, cefalea, vomiti e la caratteristica congiuntivite.

Il periodo d'incubazione è per lo più di 2-5 giorni, ma può durare anche più a lungo fino a 10 giorni. Il brivido iniziale è costante nella peste polmonare ma può mancare nella forma bubbonica e ad esso si aggiunge tachicardia e la ben nota congiuntivite. Molto frequentemente la lingua è impaniata, l'ammalato ha cefalea, la sua andatura è malsicura, ha disturbi della favella, il suo linguaggio è impacciato come quello di un ubbriaco. Spesso fin dal prin-

cipio si ha tosse secca ed arrossamento della faringe.

Nelle storie delle antiche epidemie di peste si dà molta importanza alla cosidetta *facies pestica,* ma nelle più recenti osservazioni questo speciale atteggiamento del volto non è stato mai constatato. Naturalmente un ammalato di peste che soffre violenti dolori contrae nello spasimo il volto, mentre un altro che giace affatto incosciente ha un volto apatico. Ma nulla di caratteristico in tutto ciò. Anche i deliri possono modificare l'atteggiamento del volto a seconda del tono del loro contenuto.

Altrettanto fantastico è lo speciale fetore che esalerebbero gli ammalati di peste.

Straordinariamente importante per tutto il decorso della infezione ed anche per la diagnosi è il comportamento del cuore. Le tossine del bacillo della peste agiscono come veleni circolatorî nel più largo senso della parola; esse abbassano fortemente la pressione vasale e provocano fatti di debolezza cardiaca. Perciò fin dal principio la frequenza del polso è altissima, 120-150 battiti al minuto si contano nelle forme gravi fin dai primi giorni di malattia. Un indice prognostico di grande importanza è appunto la frequenza del polso: raramente nei casi che guariscono i battiti salgono a 140-150, come nei casi in cui il polso raggiunge i 200 battiti l'esito è certamente letale. Un altro segno sfavorevole è l'abbassamento della temperatura contemporaneo ad un aumento della frequenza del polso.

La febbre fin dal principio sale rapidamente. La differenza col tifo sta appunto in ciò che l'ascesa non è graduale, ma improvvisa. Già dal primo giorno di malattia la temperatura sale a 39°-40°, ed eccezionalmente anche a 42°. La curva febbrile della peste ha di caratteristico oltre alla ascesa improvvisa le forti remissioni, specialmente al mattino, mentre le esacerbazioni si hanno nel pomeriggio: le oscillazioni sono di uno a tre gradi. In ogni caso la febbre può superare anche i 42°, il *maximum* finora osservato è stato di 42°.7.

I disturbi a carico del sistema nervoso sono: vertigini, andatura barcollante, obnubilamento della coscienza, delirî a contenuto talora ilare, tal'altro angosciante, e tentativi di fuga che sono caratteristici per la peste e costituiscono un pericolo per la diffusione della infezione. Possono anche aversi manifestazioni d'irritazione motorie come scosse cloniche, crampi tonici, rigidità nucale. Al riguardo bisogna ricordare che nel corso della peste può svilupparsi secondariamente una meningite dovuta allo stesso bacillo.

Le successioni morbose a carico del sistema nervoso sono costituite da apatia, debolezza psichica, paralisi del palato e del nervo ricorrente, afonia, afasia, paraplegia, ecc.

Nel corso della peste possono verificarsi infezioni miste secondarie per lo più dovute a streptococchi provenienti dalle tonsille ed in questi casi l'esito letale è la norma. Frequentemente accade che in seguito ad una pneumonite pestosa si sviluppano focolai piemici, che anche per lungo tempo costituiscono un pericolo di contagio.

Una forma speciale di peste già nota agli antichi è la *pestis siderans* che provoca la morte in poche ore spesso con l'assenza di qualsiasi prodromo: l'individuo nel più completo benessero è preso da un grave malessere e muore in poche ore.

Analoghi a queste forme sono i casi di peste senza bubboni. All'esame anatomo-patologico si finisce per trovare il bubbone, ma così piccolo da sfuggire ad ogni ricerca clinica. Questi casi però non vanno confusi con la cosidetta *pestis minor,* la febbre bubbonica, che batteriologicamente non ha nulla di comune con la vera peste.

Il reperto anatomo-patologico del bubbone pestoso è affatto caratteristico: alla superficie del taglio esso è caratteristicamente screziato in rosso e giallo e si distingue nettamente dai « bubboni climatici » che alcuni AA. hanno voluto considerare come forma parapestose.

Oltre l'edema cutaneo e le bollicine siero-epatiche sulla cute si possono avere altre manifestazioni: così sia come infezione primaria, sia secondariamente alla localizzazione glandulare si può avere una infiammazione cutanea a carattere carbonchioso.

Alcuni AA. hanno ammesso che analogamente alla peste polmonare vi sia una localizzazione primaria della peste nell'intestino. Altri AA. non ammettono questa forma anche in considerazione delle difficoltà che si incontrano a provocare sperimentalmente negli animali una infezione primaria dell'intestino. Ad ogni modo dal punto di vista diagnostico è certo che quando vi sono notevoli manifestazioni intestinali senza altri sintomi la peste è la malattia alla quale meno si deve pensare.

Quando la malattia si protrae oltre l'ordinario si verificano svariate condizioni di debolezza organica, una cachessia speciale, un vero marasma pestoso.

Dal punto di vista della diagnosi differenziale bisogna notare che la curva febbrile della peste, specie nei paesi tropicali può simulare la malaria: l'esame del sangue toglierà ogni

dubbio. Dal tifo la peste si distingue perchè l'elevazione della temperatura è improvvisa e notevole fin dal primo momento, e per l'assenza dei disturbi intestinali caratteristici del tifo. La peste può essere anche confusa con un avvelenamento alcoolico acuto: vi sono individui con andatura barcollante e la parola impacciata, che sono malati di peste ed a prima vista fanno l'impressione di ubbriachi. Il bubbone pestoso inguinale si differenzia dall'adenopatia sifilitica per la sua dolorabilità e perchè più profondo. Un bubbone cervicale potrebbe anche essere scambiato con una parotite epidemica, ma in questa malattia le tumefazioni pure delle glandole cervicali sono rare.

Con la febbre dengue la peste ha comuni la congiuntivite, l'impaniamento della lingua, l'arrossamento della faringe, i vomiti, ma nel dengue compaiono presto i dolori articolari, che mancano nella peste. La polmonite pestosa si distingue da quella crupale per la natura dell'escreato che manca di coaguli fibrinosi e per la presenza del tumore di milza. Ad ogni modo la diagnosi di peste specie nei casi sporadici ed all'inizio delle epidemie offre sempre delle difficoltà, che non possono essere superate se non con gli esami batteriologici.

Il più costante dei sintomi della peste è la debolezza del cuore, che nella maggioranza dei casi è la causa della morte. La terapia deve quindi principalmente mirare a combattere questo sintomo: i cardiocinetici e gli stimolanti devono essere usati su larga scala. La sieroterapia non ha dato quei risultati che era lecito sperare. I dati forniti dai varî AA. al riguardo sono discordi, ad ogni modo è certo che se la sieroterapia è riuscita talora efficace nella forma bubbonica, nella pneumonite pestosa i risultati sono stati affatto negativi. In questi ultimi tempi sono stati fatti tentativi con l'adrenalina, il salvarsan ed altri medicamenti moderni con risultati ancora non sicuri.

Quantunque non esista una terapia specifica della terribile infezione pure il medico ha sempre un largo campo di attività per il trattamento sintomatico delle singole manifestazioni, specialmente in rapporto ai bubboni. Si può tentare la escissione totale e precoce del bubbone per estirpare la sorgente d'infezione dell'intero organismo, ma non bisogna nascondersi che con tale escissione si agevola la penetrazione dell'infezione nelle vie sanguigne. Tuttavia un trattamento chirurgico è indicato quando il bubbone comincia a rammollirsi nell'interno e più specialmente quando il bubbone si apre spontaneamente e nei casi di pustole, di carbonchi pestosi e di altre manifestazioni esterne; nei bubboni cervicali in parecchi casi è necessaria la tracheotomia.

La profilassi della peste si fa con l'isolamento rigoroso del malato, la disinfezione di tutto ciò che ha avuto contatto con lui, la distruzione dei ratti e delle pulci. Il semplice contatto del pestoso non è per sè contagioso, solo il materiale pestoso, come per es. il pus contenente bacilli portato sulla pelle può attraverso le minime abrasioni infettare l'organismo. Da ciò risulta che quando si seguono tutte quelle norme che si è soliti seguire per tutte le malattie infettive, i medici e gli infermieri possono assistere gli infermi di peste bubbonica con una certa sicurezza. Nella peste pneumonica invece il pericolo di contagio è molto maggiore, pericolo che si può ovviare solo con l'applicazione di maschere protettive.

DRAGOTTI.

## CHIRURGIA.

### Contributo allo studio della chirurgia di guerra.

(M. TUFFIER. *Bulletin de l'Académie de médecine*, n. 31, ott. 1914).

Dopo aver compiuto una accurata ispezione sulle differenti formazioni sanitarie dell'armata francese l'A. viene a queste conclusioni generali. In tutte le formazioni sanitarie aver di mira il trattamento conservatore nella chirurgia degli arti senza dimenticare la superiorità dell'antisepsi sull'asepsi nelle ferite infette, per le quali potrebbe complicarsi una cangrena gassosa o una setticemia acuta. A queste lesioni vanno incontro specialmente le ferite per pezzi di obice per le quali l'antisepsi e il drenaggio, dopo l'estrazione immediata, rappresentano un dogma quasi assoluto. A tale trattamento vanno sottoposte le fratture complicate dell'estremità, tanto più gravi quanto più vicine alla radice dell'arto, mentre per le ferite del torace l'intervento è un'eccezione.

Stabilite queste regole l'A. descrive le diverse tappe sanitarie percorse dai feriti. Pochi interventi sul fronte, una semplice estrazione dei pezzi di obici superficiali e un'accurata *toilette* della ferita (tintura di iodio, compresse asettiche, tamponi e fascie). Per le fratture applicazione immediata di un apparecchio che immobilizzi nel modo più completo e più perfetto: sono preferibili le stecche di legno imbottite di cuscinetti. I feriti vengono così trasportati negli ospedali di evacuazione situati a 30-40 chilometri dal fronte, dove vengono trattenuti solo i più gravi (ferite penetranti dell'addome e del torace,

fratture del terzo superiore del femore, emorragie). In questi ospedali necessita perciò un personale scelto, capace di agire rapidamente e di eseguire tutti gli atti operativi. Però in questo ambiente sempre settico ed in cui manca il tempo necessario l'A., parlando del trattamento delle ferite penetranti dell'addome, non consiglia un intervento laparotomico (5 morti su 6 operati).

Da tali ospedali i feriti vengono evacuati per mezzo di treni-ospedali, treni viaggiatori e treni merci. Quest'ultimo modo di trasporto, secondo l'A., è oltremodo pericoloso per lo sviluppo del tetano, poichè i vagoni merci hanno servito prima al trasporto dei cavalli. Per la cura di questo ricorrere all'accurata disinfezione della ferita e all'uso del siero antitetanico. Tale terapia deve essere praticata più presto, cioè sempre sulla linea del fuoco.

Quanto alla gangrena gassosa, che è di una frequenza sorprendente in specie nelle ferite da obice con penetrazione di pezzi di vestiario insudiciati e contenenti sempre il vibrione settico, bisogna diagnosticarla all'inizio e agire immediatamente sbrigliando la ferita col ferro rovente e praticando iniezioni di acqua ossigenata. Tale terapia è spesso insufficiente e in 5 casi non ha giovato nemmeno l'amputazione. L'A. perciò raccomanda, come profilassi, l'estrazione dei corpi estranei dalle ferite.

Infine nelle emorragie secondarie a fratture l'A. ha legato le arterie quasi sempre al disopra del focolaio emorragico.

CASIMIRO FRANK.

## Le emorragie interne prodotte da choc vibratorio dell'esplosione.

(Dott. PAUL RAVAUT. *La Presse médicale*, 8 aprile 1915).

L'A. parla sul pericolo che possono offrire gli scoppi di obici a breve distanza, e dice che le esplosioni non sono solamente pericolose per la proiezione diretta dei diversi frammenti ma possono esserlo anche indirettamente producendo dei numerosi accidenti attribuibili alla violenza dell'esplosione stessa. Tali accidenti sono stati spesso constatati, dopo l'inizio di questa guerra, in soldati che trovandosi in prossimità del luogo di scoppio d'un grosso proiettile, sono stati più o meno gravemente traumatizzati senza che sul loro corpo si sia trovata alcuna lesione.

È stato osservato che alcuni muoiono sul colpo e sono ritrovati nella posizione che occupavano al momento in cui si produsse l'esplosione; altri presentano dei sintomi varî che indicano il più delle volte delle lesioni nervose.

Queste constatazioni hanno già sollevato numerose ipotesi e per spiegarne la natura si è pensato ai gas asfissianti, allo choc, all'inibizione nervosa e infine anche all'isterotraumatismo. Una recente osservazione di M. Lemert (Società di chirurgia, 13 gennaio 1915) fornisce la prova materiale di lesioni abbastanza nette per chiarire la patogenesi di questi accidenti.

Si tratta di un soldato che morì qualche ora dopo lo scoppio di un grosso obice a un metro da lui: la faccia era pallida, il naso affilato, gli occhi infossati, la respirazione stertorosa; non presentava alcuna ferita e solo la violenta commozione atmosferica prodotta dall'esplosione poteva render ragione di questi fatti. I risultati dell'autopsia furono molto istruttivi: i due polmoni erano lacerati, le pleure ripiene di sangue, lo stomaco conteneva del sangue proveniente da numerose lacerazioni della mucosa. L'esistenza di queste emorragie abbondanti e multiple permetteva dunque di precisare in modo assoluto la causa della morte.

A questo fatto interessantissimo l'A. aggiunge un'osservazione propria. Si tratta di un sergente di fanteria che fu condotto all'ambulanza n. 1 del 9° Corpo d'armata, per una paralisi apparsa subito dopo l'esplosione di un grosso obice a piccola distanza da lui. Si constatò subito: paraplegia completa con anestesia che giungeva fino all'ombellico e anuria. Si spogliò l'individuo pensando di trovare una ferita della colonna vertebrale, ma con grande stupore non si constatò assolutamente nulla in alcuna parte del corpo. Il malato riferì che dopo l'esplosione dell'obice aveva provato una violenta commozione tale da rimanere leggermente stordito; ma quando volle sollevarsi si accorse che le gambe erano inerti. Interessato da questo fatto l'A. visitò di nuovo il malato il giorno dopo; il suo stato non era cambiato: fu siringato e si estrasse dell'orina fortemente emorragica; si pensò allora che i fenomeni spinali fossero l'effetto di un fatto emorragico e perciò si praticò subito una puntura lombare con esito di un liquido sanguinolento sotto forte pressione. L'esame degli altri visceri fu negativo. Questo ferito non potè essere studiato più a lungo perchè dovè essere mandato via due giorni dopo, dimodochè non fu potuta determinare la sorgente di queste emorragie meningee o midollari da una parte, renali o vescicali dall'altra: ma ciò che è certo, coll'esame obbiettivo, l'A. ha avuto la prova dell'esistenza di due focolai d'emorragie interne prodotte dalla commozione dell'esplosione e senza alcuna lesione esterna.

In sostanza questa osservazione è molto simile a quella di Sencert; la stessa causa: scoppio a breve distanza di un grosso obice e assenza di qualunque lesione esterna; medesimi effetti: emorragie interne.

In ambedue i casi nessun segno esterno ha permesso di stabilire la natura della lesione. In un caso, l'autopsia rivelò l'esistenza di abbondanti emorragie polmonari e della mucosa gastrica; nel caso citato dall'A. il cateterismo della vescica e la puntura lombare diedero sul vivo la prova materiale di questi due focolai di emorragie viscerali.

Oltre queste alterazioni macroscopiche è verosimile che ve ne siano altre microscopiche; però è certo che il rapporto tra causa ed effetto è evidente e la mancanza di qualsiasi lesione esterna permette d'affermare che non si tratta di traumatismo diretto. Si potrebbe anche pensare che dei gas asfissianti abbiano potuto qualche volta determinare la morte, ma questa ipotesi, che in certi casi può avere un certo valore, non può essere invocata nel caso citato perchè il malato che era in pieno benessere al momento dell'accidente, non presentava alcun disturbo respiratorio, ma delle emorragie interne che una intossicazione non avrebbe potuto produrre.

Per spiegare i disturbi nervosi si pensò avesse importanza lo choc nervoso, ma nella maggior parte dei casi è stato impossibile dire a quale lesione corrispondeva questa ipotesi; infine si è anche pensato all'istero traumatismo.

Invece, come è evidente nel caso di Sencert, è accertato che a lesioni nervose corrispondono delle emorragie; in alcuni casi il focolaio emorragico può essere minimo, e quindi difficile a svelare ad un esame superficiale; in tali casi bisogna ricercarlo colla puntura lombare e con l'esame del fondo dell'occhio. Ricorda infine l'A. che alcuni disturbi viscerali (quali le dispepsie nervose, le enteriti nervose, gli itteri emotivi) sono spesso da mettere in rapporto con le emorragie viscerali e così forse altre lesioni anatomiche non ben note che i mezzi più sensibili d'investigazione permetteranno più tardi di mettere in evidenza.

In ogni modo è certo, e le osservazioni citate lo provano, che le esplosioni violenti sono capaci di determinare in differenti punti del nostro corpo delle emorragie interne più o meno abbondanti. Per le vibrazioni aeree lo choc si trasmette per mezzo della circolazione; raggiunge i punti più profondi del nostro organismo, colpisce, fa vibrare le pareti cellulari, e rompe i vasi per eccesso di pressione.

Il meccanismo è simile a quello con cui si producono le emorragie consecutive a delle modificazioni brusche della pressione atmosferica, presso gli aereonauti per esempio: infine anche nella malattia dei cassoni le paralisi sono determinate da emorragie capillari intranervose.

Riassumendo, i numerosi accidenti osservati in seguito ad una violenta esplosione, sono il più sovente causate da emorragie più o meno abbondanti nei polmoni, nello stomaco, nella vescica, nel sistema nervoso. In alcuni casi l'emorragia non si rivelò all'esterno, ma potè essere messa in evidenza o all'autopsia come nell'osservazione di Sencert, o con il sondaggio della vescica e la puntura lombare, come nel caso citato dall'A.

Molti altri accidenti che, superficialmente, si attribuiscono allo choc nervoso, hanno forse origine dalla medesima causa, che deve essere sempre ricercata con cura; come pure ogni volta che il sistema nervoso sembra interessato l'A. raccomanda di praticare la rachicentesi che talvolta costituisce l'unico mezzo di diagnosi e di terapia.

A. MANNA.

## MEDICINA.

### La contrattura di Dupuytren.

(KENNETH BLACK. *British medical Journal*, 1915).

La contrattura di Dupuytren fu per la prima volta descritta al principio dello scorso secolo da Cooper, ma fu solo nel 1831 che Dupuytren potette sezionarne un caso. Egli trovò che la malattia era dovuta non alla contrazione dei tendini ma ad un indurimento e raccorciamento dell'aponeurosi palmare.

Jones ha recentemente detto che questa retrazione è causata da una infiammazione plastica, ad una fibrosite della fascia palmare, che non è associata ad alcun raccorciamento infiammatorio della cute.

Una ferita, un ascesso, o una scottatura può condurre alla flessione delle dita e simulare la malattia di Dupuytren, ma in questi casi, come nella mano dei minatori e nella mano ad artiglio dei soffiatori di vetro, la contrattura è dovuta alla formazione di un tessuto cicatriziale che non coinvolge la fascia palmare.

Così la contrattura congenita delle dita, che si osserva non raramente e che riguarda per lo più il mignolo, non è dovuta all'indurimento ed al raccorciamento della fascia palmare, ma in parte al raccorciamento della capsula articolare del dito ed in parte alla contrazione della cute e della guaina tendinea. Parecchi AA. hanno er-

roneamente denominato questo stato come una forma congenita di morbo di Dupuytren.

La malattia è dovuta all'indurimento ed all'accorciamento dei processi digitali della fascia palmare, la massa totale di questa è affetta solo in secondo tempo. Le dita rimangono piegate verso la palma della mano, benchè non vi sia una contrazione attiva dei flessori. Nei casi gravi può verificarsi anche una lussazione parziale delle articolazioni interfalangee. L'ispessimento della fascia palmare microscopicamente appare dovuto alla formazione di cordoni con infiltrazione cellulare, ossia ad un'infiammazione plastica.

La pelle, normale nei primi stadî della malattia, può a poco a poco raggrinzarsi per il raccorciamento delle fibre della fascia attaccate al connettivo sottocutaneo; negli ultimi stadî la cute diventa intimamente legata alla fascia.

I risultati degli esami per accertare la presenza di microrganismi sono stati sempre negativi. E pare anche che l'affezione non abbia alcun rapporto con la sifilide.

Collis e Eatoch hanno osservato nella malattia quattro periodi clinici:

1° Semplice ispessimento della fascia.

2° Ispessimento della fascia e leggera flessione di uno o più dita.

3° Ispessimento della fascia e semiflessione di uno o più dita.

4° Ispessimento della fascia e flessione completa di uno o più dita.

Nei casi in cui l'affezione è bilaterale tali stadî possono essere diversi nelle due mani.

La malattia ha carattere spiccatamente cronico; in alcuni casi può rimanere stazionaria per molti anni, ed in altri svilupparsi relativamente in modo rapido: si può giungere al 4° stadio nel corso di pochi mesi.

Nel primo stadio l'indurimento della fascia palmare impedisce l'estensione indietro della base di uno o più dita; in alcuni casi esso può essere preceduto o accompagnato da leggeri dolori al palmo della mano, ma in genere la malattia procede senza dolori.

La malattia, come si è detto, può colpire una o ambo le mani; nelle forme unilaterali la mano destra è la più frequentemente colpita. Le forme bilaterali sono meno frequenti di quelle unilaterali.

Il dito più comunemente compromesso è l'anulare, poi il mignolo, il medio, il pollice, e meno di tutti l'indice.

La malattia è molto più frequente nell'uomo che nella donna, e si verifica quasi sempre nell'età media e nella vecchiaia. Su individui dell'età media di 63 anni l'A. la constatò nel 21 % degli esaminati, mentre De Lom, un chirurgo militare inglese, ne trovò solo 3 casi tra 203,000 soldati dell'età di 17-35 anni.

L'affezione colpisce spesso intere famiglie e la tendenza ereditaria è stata ripetutamente constatata. La contrattura di Dupuytren è stata osservata attraverso tre ed anche quattro generazioni.

L'affezione non ha preferenze per classi sociali, per quanto da qualcuno sia stata osservata più frequentemente nelle classi agiate.

Molti osservatori hanno trovato che il reumatismo e la gotta sono spesso associati alla contrattura di Dupuytren. Keen su 198 casi trovò 95 volte precedenti gottosi. È stato anche osservato in qualche caso che la lesione della mano è accompagnata da un'analoga affezione della fascia plantare. Teschemacher trovò su 213 casi 33 volte la malattia associata a diabete.

Per quel che riguarda la causa dell'affezione ci sono due opposte teorie: per una la lesione della fascia è dovuta ad agenti esterni, cioè a traumi lievi continui e ripetuti; per un'altra la lesione è in rapporto ad un fattore interno o costituzionale. Alcuni AA. ritengono che ci sia una combinazione delle due cause.

Per la prima teoria traumi leggeri, ossia colpi o pressioni ripetuti sulla palma della mano produrrebbero un'infiammazione cronica e quindi fibrosi e contrattura della fascia; così il maneggio dello scalpello nei carpentieri, delle redini nei cocchieri, della vanga nei contadini, e, nelle classi non operaie, il maneggio del remo, del fucile, e di altri attrezzi da sport sarebbe, secondo alcuni, capace di provocare l'infiammazione della fascia.

Fergusson, Little, Keen, Adams e Anderson sostengono invece che la malattia di Dupuytren sia l'espressione di una discrasia costituzionale.

Anche l'A. in base ad una larga esperienza ha potuto convincersi della erroneità della teoria traumatica.

I sostenitori di questa teoria basano il loro convincimento su questi tre fatti: 1° la grande prevalenza della malattia nel sesso maschile e quindi la importanza della causa professionale; 2° la grande prevalenza della malattia negli uomini anziani e quindi la importanza della ripetizione dei traumi perchè si determini la lesione; 3° la prevalenza della malattia negli individui, tanto della classe agiata come di quella operaia, che lavorano eccessivamente con la mano.

Ma si può facilmente obbiettare che anche altre malattie, come ad es. il cancro dello stomaco, sono più frequenti nell'uomo che nella donna, e che d'altra parte le statistiche dimostrano come il primo stadio della malattia di Dupuytren duri più a lungo negli uomini che

hanno usata la loro mano per un periodo di tempo più lungo.

In quanto al fatto che la contrattura colpisce di preferenza la mano destra, cioè quella più usata, non si deve dimenticare che nei destrimani ci sono delle differenze circa la circolazione del sangue tra la mano destra e quella sinistra; che la malattia di Dupuytren è stata constatata nella mano sinistra anche nei destrimani; e che infine in un terzo circa dei casi unilaterali la mano colpita è quella sinistra.

I sostenitori della causa traumatica esterna spiegano i casi bilaterali come un fenomeno « simpatico » : la malattia iniziatasi ad una delle mani si diffonderebbe all'altra per « infiammazione simpatica ».

Ma questa spiegazione non ha un valore serio come non ne ha quella che l'altra mano sarebbe colpita per il fatto che essa sarebbe maggiormente usata in conseguenza della infermità della mano primitivamente colpita.

Per tutte queste ragioni l'A. dice che la causa vera, o per lo meno la principale della malattia va ricercata in una condizione organica interna degli individui anziani, probabilmente uno stato gottoso o reumatico.

Per quel che riguarda la cura dell'affezione l'A. ricorda come vi sia un trattamento non operativo ed uno operativo.

Nel primo stadio della malattia, quando c'è una leggera tendenza alla contrazione, il paziente dovrebbe portare continuamente una stecca bene ovattata sulle dita affette, allo scopo di mantenerle in iperestensione. Anche utili insieme a questa estensione sono gli esercizi, i massaggi, l'idroterapia calda locale, il trattamento alla Bier. Sono state tentate le iniezioni di fibrolisina ma con risultati poco incoraggianti.

Leopold-Leri, che ritiene la contrattura di Dupuytren un sintomo d'insufficienza tiroidea, ha tentato il trattamento interno con estratti tiroidei e su 7 casi in 5 ha avuti risultati favorevoli : la dose giornaliera sarebbe di 10 centigrammi di polvere di tiroide.

Quando il trattamento non operativo fallisce, nei casi avanzati, bisogna ricorrere all'intervento chirurgico.

A parte l'amputazione che deve essere riservata solo a casi eccezionali di forme molto dolorose, vi sono due specie di operazione : la sottocutanea e quella a pelle aperta. In quest'ultima i lembi cutanei sono disseccati dalla fascia polmonare, questa viene asportata e quindi si sutura la ferita. L'operazione deve essere fatta con l'asepsi la più rigorosa : la infezione della ferita potrebbe determinare una contrattura più grave ancora. L'operazione non è facile e richiede molta pazienza : la dissezione dei lembi cutanei dalla fascia palmare è dolorosissima, e la escissione della fascia dai tendini dei flessori deve essere fatta accuratamente uno per uno. La operazione sottocutanea dà degli eccellenti risultati quando si adoperi il metodo suggerito da Adams. Un sottilissimo tenotomo viene introdotto tra la pelle e le parti tese della fascia lata che a mezzo di parecchie punture viene sezionata in più parti.

Generalmente 6-10 punture sono sufficienti, ma nei casi gravi potranno essere necessarie fino a 20 punture. Quindi si applica una stecca che deve essere portata continuamente fino a che le dita si mantengono diritte e poi solo di notte per parecchi mesi ancora.

Nei casi di ricaduta, il che è possibile, giova ripetere l'operazione.

DRAGOTTI.

## Sul valore clinico della reazione di Weisz.

(Prof. ANDREA FERRANNINI. *La Rif. Med.*, 1915, n. 18).

Moritz Weisz, partendo dalla supposizione che la tanto nota diazoreazione di Ehrlich sia dovuta alla ricchezza di una urina in cromogeni dell'urocromo, venne spinto a sostituire quella reazione di Ehrlich con un'altra, che si poggiasse sulla azione ossidante dei permanganati, ma fosse più semplice come tecnica. Così sorse una nuova reazione dell'urina, proposta da Weisz nel 1907 e dettagliatamente pubblicata da lui nel 1910, onde viene oggi indicata col suo nome. In un'epoca, in cui soltanto un lavoro sul riguardo era stato pubblicato all'estero (Vitry e Mladenoff) e nessun lavoro era stato pubblicato in Italia, cioè in dicembre 1912, A. Ferrannini, per dedurre il valore clinico della nuova reazione, ne affidò lo studio a E. Salustri, interno della clinica medica da lui diretta nella Università di Camerino. I risultati delle ricerche compiute da Salustri in parecchi infermi e in individui sani vennero comunicati alla Società Eustacchiana di Camerino in aprile 1913 e poi pubblicati sul *Policlinico* in novembre 1913.

Lo stesso argomento è stato studiato nella clinica di Ferrannini da altri allievi (Valbusa, Ceccarelli, Bozzoni, Pichi) in pubblicazioni a parte.

Nel lavoro presente il Ferrannini molto dettagliatamente riferisce il risultato complessivo delle indagini compiute nel suo Istituto, e coordina i risultati pubblicati da altri osservatori. Da questa sintesi il valore clinico della nuova reazione riesce definito più saldamente e più completamente.

In distinti paragrafi l'A. tratta delle varie questioni che si sono venute prospettando nello studio dell'argomento: tecnica della reazione; sostrato chimico della reazione; reazione in individui sani, in stati morbosi cronici non tubercolari e in stati morbosi acuti non tubercolari; rapporti con le forme diverse di tubercolosi; assenza della reazione in tubercolotici gravissimi; parallelo con la diazoreazione di Ehrlich e con la cutireazione.

Infine l'A. riferisce le seguenti conclusioni:

Il saggio del permanganato nell'urina (reazione di Moritz-Weisz), potendo considerarsi come una reazione umorale perchè poggiata sulla eliminazione renale di peculiari sostanze, elaborate nello ambiente intraorganico (per quanto non ancora definite clinicamente), non può avere valore clinico assoluto per alcuna malattia e quindi neppure per la infezione tubercolare, come per questa infezione, in conseguenza della medesima ragione, non ha valore assoluto alcuna delle molteplici reazioni umorali, proposte sino oggi (vari saggi tubercolinici, cutireazione, intradermoreazione, oftalmoreazione, saggio delle precipitine, sieroagglutinazione, deviazione del complemento, sierodialisi di Abderhalden). Questa considerazione, di indole generica, non esclude la esistenza di un valore clinico relativo, il quale per la reazione di Weisz può concretarsi nei termini seguenti:

In infermi d'infezione acuta, che non sia rappresentata dal tifo comune (bacillo di Eberth con o senza associazione di altri microbi) la esistenza della reazione in grado elevato e per varî giorni è elemento semejologico, atto a convalidare o definire la natura tubercolare della infezione.

In infermi di malattia cronica, molto grave, la presenza della reazione, se intensa e costante, stabilisce sicuramente la natura tubercolare del male, e l'assenza della reazione esclude sicuramente questa natura, fatta eccezione del caso, in cui l'ammalato sia prossimo a morire, poichè in queste condizioni la reazione può mancare talvolta, come può mancare nella condizione opposta di una tubercolosi iniziale.

In infermi, per i quali la diagnosi di natura tubercolare del male, acuto o cronico, è già sicura, la reazione, se è molto costante e sempre intensa, indica sicuramente una prognosi poco fausta, anche quando per il momento i fenomeni, locali o generali, della infezione tubercolare non si presentino molto gravi.

Il valore della reazione di Weisz, inteso in questi limiti, permette di accogliere utilmente nella pratica clinica questo acquisto recente della semejologia, tanto più che esso richiede una tecnica tra le più semplici A. S.

# MEDICINA SOCIALE.

## Embolia cerebrale paradossa ed infortuni.

In seguito ai traumi cefalici può comparire un'emiplegia, che talora può essere anche tardiva. Se queste emiplegie da traumi diretti sul cranio sono rare, ancora più rare sono quelle consecutive a lesioni traumatiche di altre parti del corpo. Imfeld nella *Wiener Klinische Wochenschrift* (1904, n. 44) ne ha descritti due casi.

Nel primo si tratta di un contadino di 28 anni, il quale in seguito ad una larga e profonda ferita alla gamba sinistra ebbe un'abbondante emorragia e poi perdita di coscienza, che si ripetette una seconda volta dopo circa due ore.

Al ritorno dei sensi dopo il secondo stato di incoscienza si constatò un'emiparesi destra e poco dopo disfasia motoria.

I disturbi della favella scomparvero rapidamente per quanto persistesse sempre un leggero inceppo della parola; l'emiplegia che intanto era divenuta spastica anche essa si attenuò. Ma dopo alcuni giorni si manifestò una spiccata riduzione mentale ed il soggetto cominciò a soffrire accessi epilettici. All'esame somatico fatto subito dopo l'infortunio ed anche dopo non rilevò mai alcun segno di malattia degli organi interni, nè traccie di sifilide, che fu esclusa anche dall'anamnesi. In questo caso si è trattato evidentemente di un attacco di apoplessia. La prima incoscienza dipese dall'emorragia della ferita, la seconda fu in rapporto alla lesione cerebrale che determinò la sindrome emiplegica, ossia ad una ostruzione embolica della silviana di sinistra. Trattandosi di un individuo giovane, robusto e sano l'apoplessia si deve mettere in rapporto col trauma. Per spiegare questa dipendenza si può pensare che in seguito all'abbondante emorragia dalla ferita si sia formato un trombo nel ventricolo sinistro o in un'arteria prossimale, dal quale poi si sarebbe staccato l'embolo che occluse la silviana sinistra. Per quanto si sia ammesso da alcuni AA. senza puranco una conferma anatomo-patologica e sperimentale, che possano aversi degli emboli ad endocardio integro, pure una tale possibilità non è generalmente accettata. È più probabile che nel caso in quistione, come in altri casi precedentemente descritti, l'embolia della silviana si sia potuto verificare per la persistenza nel soggetto del forame ovale, e che l'embolo sia stato costituito dal frammento di un trombo formatosi in una delle vene del focolaio della ferita, focolaio che era molto largo.

Nel secondo caso studiato dall'A. la persistenza del forame ovale fu accertata all'autopsia. Si trattava di un muratore che cadendo dall'altezza di un secondo piano riportò ferite lacere della lunghezza di un centimetro alla tempia sinistra, all'occipite, alla fronte, grossa ecchimosi al zigomo sinistro, contusione alla regione sacrale. Dopo 10 giorni dall'infortunio si ebbe un attacco apoplettico con emiparesi destra e disfasia motoria, incontinenza delle urine e delle feci. Dopo 11 giorni dall'ictus comparve un nodulo di broncopolmonite destra, cui seguì rapidamente la morte.

All'autopsia si trovò rammollimento dell'emisfero cerebrale sinistro, dei gangli della base e dell'insula da embolia della silviana; trombosi della vena iliaca destra e di tutte le vene dell'estremità inferiore destra con dilatazione e varici, meno dilatata ma pure varicosa era la grande safena sinistra; embolia dei rami della pulmonare; infarto anemico del rene sinistro; enfisema pulmonare; bronchite purulenta diffusa; pulmonite lobare ad ambo le basi; alterazioni ateromatose all'aorta ed alle femorali; degenerazioni del miocardio; forale ovale pervio.

In questo caso adunque si tratta di un individuo affetto da arteriosclerosi, da degenerazione del miocardio, da bronchite purulenta diffusa, da forti varici agli arti inferiori che è obbligato a stare a letto in posizione supina in seguito alle ferite riportate. Si son formate così delle trombosi, dalle quali si sono staccati degli emboli, dei quali alcuni per via diretta hanno raggiunto il pulmone, altri attraverso il forame ovale pervio hanno raggiunto altri organi e fra questi il cervello.

La pervietà del foro ovale è più frequente di quel che risulterebbe dall'esperienza clinica. Secondo i varii AA. il foro ovale è pervio nel 20-50 % degli adulti. Nei casi quindi di embolia paradossa si deve ammettere che essa sia facilitata da detta circostanza. LA. ritiene che oltre alla stasi che si verifica così spesso nelle malattie dei pulmoni e dei reni bisogna dare importanza agli stati di debolezza. In generale i due foglietti dell'orificio sono tenuti fissi contro l'altro, e quindi il foro rimane chiuso, dalla pressione che subiscono ambo i lati del setto e forse anche dall'azione dei muscoli stessi del setto. Quando la pressione diminuisce, anche quando un vero foro non esiste ma c'è solo la sovrapposizione dei foglietti senza saldarsi, essi si distaccano apprendo la via agli emboli. Nei casi studiati dall'A. la diminuzione della pressione intracardiaca è stata determinata nel primo dall'abbondante emorragia della ferita, nel secondo è stata preparata dalle condizioni debilitanti del soggetto preesistenti all'infortunio ed è stata determinata dalla degenza al letto.

Ad ogni modo agli effetti medico-legali nei casi analoghi a quelli su descritti non si può fare a meno di mettere in rapporto l'affezione cerebrale con il trauma.

DR.

## ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### Società Medica-Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni d'interesse medico.

Dott. G. FORNI (assistente dell'Istituto di anatomia patologica della R. Università). *Sopra un caso di cosidetto fegato accessorio.* — Riferisce sopra un fegato accessorio da lui trovato durante una necroscopia e che era connesso a malformazione del lobo caudato di Spiegel, e ne presenta la fotografia. Dopo averlo descritto macro- e microscopicamente e presentato l'elenco dei casi noti nella letteratura, i quali raggiungono circa i quaranta, espone alcune considerazioni sulla loro importanza anatomica e clinica.

Il prof. G. D'AJUTOLO ricorda una sua memoria del 1894 dal titolo: «Di una enorme ipertofia del lobo dello Spigeglio», nella quale descrisse alcuni suoi casi simili e raccolse la letteratura sui fegati succenturiati.

Dott. E. SCANDOLA (assistente chirurgo). *Sopra due casi di ernia, crurale il primo, inguinale diretta il secondo, operati da un anno colla nuova carne di Fieschi.* — Riferiti i suoi due casi operati da un anno, ne conclude che la spugna di gomma può servire come un buon mezzo di plastica.

Dott. V. NERI (direttore Villa Baruzziana per malattie nervose). *Le ondulazioni emotive della pressione.*

Prof. V. PUNTONI (assistente e docente d'igiene). *Alterazioni di alimenti in seguito ad assorbimento di gas, con particolare riguardo alla dietilarsina.* — Ponendo varie sostanze in una atmosfera ricca di gas arsenicali, sviluppantisi da dietilarsina intaccata da arseniomuffe, ha potuto stabilire che vengono assunte delle piccole quantità di arsenico dalle sostanze alimentari stesse, perchè vi si dimostrano con opportune ricerche chimiche. Tali quantità sono certamente insufficienti a produrre gravi avve-

lenamenti, ma bastevoli per produrre sintomi di arsenicismo in seguito ad uso prolungato. Esperienze eseguite con altri gas, hanno dimostrato che è un fatto generale l'assorbimento dei gas per parte degli alimenti porosi, come caffè, pane, dolci, formaggio, zucchero. E se l'assorbimento di alcuni gas, come l'ammoniaca e l'idrogeno solforato, può considerarsi senza pregiudizio in riguardo a danni immediati della salute, esso però altera i caratteri organolettici degli alimenti stessi, così da renderli ripugnanti. E siccome il fatto viene favorito dalle basse temperature, così si spiega anche da ciò come delle alterazioni sensibili all'olfatto nella atmosfera dei magazzini frigoriferi si riflettano sui caratteri organolettici degli alimenti che in essi hanno soggiornato.

Prof. F. DELITALA (assistente e docente di ortopedia). *Nuove osservazioni sull'impiego delle soluzioni adesive in chirurgia, con particolare riguardo alla chirurgia d'urgenza e alla tecnica delle trazioni.* — Fa seguito ad una sua precedente comunicazione e mostra una soluzione del genere del mastisolo e che egli chiama « adesolo », di sua fabbricazione, a base di resine e di caucciù, fornita di potere adesivo assai elevato e priva di azione irritante sulla cute.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

## Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti

Adunanza ordinaria dell'11 luglio 1915.

D. GIORDANO. *Di una incisione assai proficua per operare la ablazione dell'intestino crasso.* — Per esporre chiaramente il crasso in tutto il suo decorso, in modo che il chirurgo possa dominare il campo, ed operare senza ricorrere a trazioni dannose, si presta egregiamente una incisione che parte dall'ipocondrio sinistro discende fino a livello dell'ombelico, od alquanto più in basso e quindi si incurva per decorrere trasversalmente fin sulla regione epicolica destra, donde con nuova curva discende nella fossa iliaca.

D. GIORDANO. *Riflessioni sopra una lettera nella quale Guido Patin racconta il Senato avergli offerto un posto di medico a Venezia.* — Dallo studio dell'epistolario del Patin e dell'ambiente medico veneziano nell'anno 1657, nel quale il Patin afferma aver ricevuto tale invito dall'ambasciatore veneto alla Corte di Francia, la cosa appare inverosimile. E ciò tanto più che dalle lettere dell'Ambasciatore al Senato esistenti nel nostro Archivio di Stato risulta che l'Ambasciatore, nel giorno stesso nel quale il Patin diceva aver avuto quella sollecitazione, trovavasi invece a Sedan.

A. DIAN.

## Il tifo esantematico o tifo degli accampamenti.

Le bozze di questo articolo pubblicato nei fasc. 35 e 36 ci sono giunte troppo tardi, di ritorno dal prof. P. Sabella, per tener conto delle correzioni. Riportiamo ora le principali.

A pag. 1198, sinistra, linea 29, deve dirsi: dolori al capo ed agli arti, rachialgie...

A pag. 1202, sin., prima del cap. sulla diagnosi, deve dirsi: La morte avviene quasi sempre nell'acme del periodo di stato febbrile, nel coma o nell'asfissia d'origine polmonare o nell'asistolia, in alcuni casi come per collasso, dopo una forte discesa della temperatura. Il collasso algido può anche precedere di 2-3 giorni il decesso; un'elevazione brusca della temperatura può annunziare l'esito letale.

A pag. 1203, sin., in fine, deve aggiungersi: Anche Nicolle ha dimostrato l'azione preventiva del siero dei convalescenti e dei guariti; questa azione è completa se il siero si preleva subito dopo la caduta della temperatura; in seguito si attenua ed è incostante.

A pag. 1203, prima dell'ultimo capoverso, deve aggiungersi:

L'Orticoni ha trovato molto utili per la distruzione rapida e sicura dei pidocchi la polverizzazione degli abiti con una soluzione acquosa di formolo al 10 %. Questo metodo è molto pratico ed è già stato largamente esperimentato fra le truppe francesi. Esso è forse superiore ad ogni altro mezzo di unzione della pelle, di fumigazione o vaporizzazione degli abiti.

A pag. 1205, prima degli asterischi, deve aggiungersi:

Le stanze e le corsie dei malati debbono essere mantenute in uno stato di pulizia massima e continuamente disinfettate. Il pavimento deve essere tutti i giorni inumidito con stracci bagnati con soluzione di sublimato al 2 per mille. Così devono essere pure lavati i mobili, i letti, ecc.

Gli oggetti di uso personale non si faranno uscire dalla stanza senza averli precedentemente disinfettati, avendo cura di distruggere i pidocchi, lasciandoli per un paio d'ore in un mastello di soluzione di sublimato al 2 per mille od immergendoli in acqua bollente. Si metteranno poi dentro un sacco ben chiuso e si consegneranno ai disinfettori. In questi lavori è bene ungersi le mani e gli avambracci con petrolio per proteggersi dai pidocchi.

Nella profilassi sociale contro il tifo, per le opere di disinfezione delle case, per il seppellimento, ecc., gran parte spetta alle Autorità sanitarie municipali.

Il convalescente di tifo deve essere isolato finchè dura la desquamazione, durante la quale sono molto utili i bagni caldi con insaponatura del corpo.

Prima dell'ultimo capoverso: Anche gl'infermieri ed il personale assistente devono proteggersi con vesti e guanti prima di avvicinarsi al letto degl'infermi. Debbono frequentemente lavarsi e disinfettarsi le mani e, possibilmente, fare bagni generali di tutto il corpo.

# APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Deviazione del complemento nel vaiuolo.

Il Klein A. (*Münch. mediz. Wochens.*, 1914, n. 47) si maraviglia che ancora così pochi lavori siano stati dedicati allo studio degli anticorpi nel vaiuolo. Secondo alcuni, nel vaiuolo l'immunità sarebbe istogena ed insita nei tessuti, mentre gli anticorpi a cui è dovuta la deviazione del complemento si trovano nel siero: perciò forse sarebbe da aspettarsi che nel vaiuolo non si ottenesse la reazione della deviazione del complemento.

Al contrario numerosi autori ottennero spesso risultati positivi quasi costanti, adoperando come antigene il materiale contenuto nelle pustole vaiuolose o la linfa vaccinica.

Il Klein ha adoperato il materiale delle pustole, facendone una sospensione con le croste triturate in soluzione fisiologica cloruro-sodica. Con questo materiale l'A. ha ottenuto risultati nettamente positivi, e perciò conclude che l'esistenza di anticorpi nel siero di vaiolosi è dimostrata con sicurezza (egli ha adoperato anche il siero dei vaiulosi). La reazione è specifica tra antigene ed anticorpi, l'antigene essendo rappresentato verosimilmente dall'agente del vaiuolo.

Emulsionando nello stesso modo le croste di impetigini, non si aveva la reazione col siero di vaiuoloso.

*p. s.*

## CASISTICA.

### Intossicazioni da gas asfissianti.

I. Elliot, Black e Elliot T. Glenny (*British med. Journ.*, 1915, 31 luglio), trovandosi in un ospedale di smistamento, hanno avuto occasione di osservare 685 casi d'intossicazione, alcuni dei quali giunti solo sei ore dopo l'inspirazione dei gas.

L'arrivo del primo convoglio di asfissiati, nel cuore della notte, è stato qualche cosa di impressionante; uno di essi era morto, la maggior parte degli altri si trovava in condizioni disperate, facendo terribili sforzi per respirare, adunghiandosi il collo e strappandosi gli abiti; si alzavano boccheggianti e ricadevano esausti. Si notava una spiccata cianosi specialmente delle labbra ed orecchie, ed in pochi individui della schiuma giallastra dalla bocca e dal naso.

Alcuni, specialmente i più anziani, erano in stato di collasso, con tinta plumbea del viso e delle mani; la maggior parte di questi non si riebbe. Tutti, eccetto i moribondi o quelli in collasso, lottavano disperatamente per la vita.

Nei diversi convogli sono stati notati tutti i gradi di asfissia senza che si potesse trovare la ragione della differente intensità, provenendo tutti da una stessa trincea; in generale gli anziani erano i più gravi.

I casi tipici si presentavano freddi, con temperatura subnormale, coscienti, inquieti, con polso raro e pieno (meno nel collasso). La faccia cianotica, con i lineamenti stirati; la posizione variava: alcuni si alzavano per tentare di respirare, altri stavano stesi col capo sopra un lato della cuccetta per aiutare l'espettorazione. La respirazione a scatti e frequente (40 per minuto) accompagnata da tosse penosa ed espettorazione schiumosa; ad ogni inspirazione i muscoli ausiliari erano contratti come in un accesso asmatico; la risonanza alla percussione era alquanto indebolita senza essere però ottusa; all'ascoltazione si percepivano fatti umidi diversi per tutto il torace.

Nei casi che tendevano alla guarigione, passato lo stato asfittico di circa 36 ore, il paziente dopo un buon sonno, si sentiva assai meglio per circa una mezza giornata; è questo il periodo più favorevole per inviarlo all'ospedale di base.

Subentrava poi lo stato bronchitico, con secrezione muco-purulenta verdognola, delirio, temperatura fin verso 40°; polso a 160, respiro fino a 70 per minuto nei casi mortali.

Il trattamento consigliato dall'esperienza è il seguente:

Provvista di abbondante quantità di aria, riscaldamento (bottiglia d'acqua calda), emetici (acqua salata, seguita da ingestione di acqua tiepida) ed espettoranti (carbonato d'ammonio 1 gr. con vino d'ipecacuana 30 goccie=ogni tre ore). Eventualmente respirazione artificiale ed inalazioni di ossigeno, se vi è notevole cianosi e dispnea. Nei casi con grande inquietudine oppiacei, ed in quelli con polso assai debole, estratto di pituitaria, e alcoolici. In primissimo tempo (ambulanza da campo) può tentarsi l'atropina (1 mg. circa).

*Autopsia.* È stata fatta in 10 casi con il seguente reperto, quasi costante.

Edema della glottide, congestione della laringe.

Mucosa della trachea intensamente congesta ed edematosa come quella dei grossi bronchi; questi e quella pieni di secrezione schiumosa gialliccia, che riscaldata si solidificava, come il bianco d'uovo.

Solo i grossi bronchi potevano rintracciarsi, i piccoli erano perduti in una massa di congestione ed edema che comprendeva tutto il polmone.

Polmoni voluminosi e dilatati sì da coprire in parte l'area pericardica; molto aumentata in peso.

Emorragie sottopleuriche piccole ma talvolta numerose: esse si approfondavano nel polmone dando l'apparenza di un infarto; i tagli di polmone in questi punti affondavano.

Specialmente lungo i margini polmonari e le superfici diaframmatiche, si notavano aree grigie di enfisema acuto, che si affondavano per poco più di un centimetro nel tessuto polmonare.

Nello stomaco si notava stato catarrale; la mucosa coperta di spesso muco gialliccio, con emorragie sottomucose.

L'esame istologico del tessuto polmonare era estremamente difficile. Le parti non enfisematose presentavano notevole congestione dei capillari, con molti alveoli pieni di sostanza albuminosa amorfa che si colorava con l'eosina; qua e là si aveva reazione della fibrina. Nelle parti enfisematose si notava rottura di molti alveoli, per cui cinque o sei confluivano in uno solo; gli alveoli integri erano molto distesi, sì da essere grandi il doppio del normale; questa distensione aveva obliterato il lume dei capillari; i bronchi in queste aree erano vuoti.

Tutti i casi osservati si possono raggruppare in due classi: quelli con asfissia acuta, di cui un quarto morì; quelli con asfissia subacuta. Si può sperare che l'uso delle maschere respiratorie porti all'eliminazione dei casi di asfissia acuta.

Wilmot Herringham (Ibidem) conferma su dati desunti dall'esperienza di trincea l'efficacia delle maschere respiratorie.

Per quanto riguarda i primi soccorsi, sarebbe consigliabile l'atropina, che nelle esperienze su animali si è dimostrata utile; stabilitosi l'edema, occorre somministrare il carbonato d'ammonio.

Allo stato di bronchite o broncopneumonite sono più utili i calmanti che gli eccitanti.

Dagli effetti qui sopra descritti si dovrebbe concludere che i gas erano costituiti quasi interamente da cloro; ma le granate contengono altri gas tossici. FILIPPINI.

**Diarrea da trincea.**

Sotto questo nome, osservano Remlinger e Dumas (*Rev. d'hygiène e de police sanitaire*, marzo 1915) sono state indicate parecchie affezioni dell'apparecchio digerente: infezioni tifose e paratifose, enteriti muco-membranose, diarree accompagnate da disturbi di stomaco. In molti casi si tratta di una forma più o meno acuta dissenterica, malattia dalla quale nessuna truppa in campagna va esente. La diarrea e la dissenteria hanno infierito con particolare intensità nelle truppe operanti nelle Argonne. Esse apparvero verso la fine della stagione calda, quando le ostilità cominciarono in quel distretto, e si attenuarono durante l'inverno. Di parecchie centinaia di casi in alcuni si trattava di dispeptici di vecchia data, in altri si trattava di una forma di enterite muco-membranosa, probabilmente prodotta dalla grossolana razione alimentare indipendentemente dai disagi della trincea. In altri casi ebbe a constatarsi che si trattava di forme paratifose.

Ma nella maggioranza dei casi constatati il paziente non presentava affatto disturbi nè gastrici, nè intestinali di altra natura all'infuori della semplice diarrea. Poco dopo l'ingresso nella trincea, dove si è esposti ad ogni sorta di disagio e al freddo intenso, molti soldati avevano la diarrea, che cominciava con quattro o cinque scariche giallastre durante le 24 ore. Gradatamente il numero delle scariche aumentava, specialmente di notte: le feci diventavano più liquide e chiare e da gialle diventavano verdastre.

Contemporaneamente dolori colici precedevano la defecazione, che per altro non dava alcun senso di sollievo. Intanto sopravveniva tenesmo, ed il numero delle scariche aumentava a 12-15, di cui due terzi durante la notte, e parecchie seguite da emissione di sangue. Non c'era alcun movimento febbrile, ma non mancavano disturbi generali come un senso di spossatezza, leggero mal di testa, e talora nausea e vomito. I fenomeni morbosi per lo più scomparivano in pochi giorni con l'allontamento dei pazienti dalla trincea, il riscaldamento ed il riposo a letto. In pochi casi gravi, raramente fatali, sopravveniva la dissenteria. Nei casi mortali l'autopsia dimostrò lesioni del grosso intestino ed ipertrofia dei gangli mesenterici.

Il piccolo intestino fu trovato integro, e le placche di Peyer non erano nè ulcerate, nè ipertrofiche, la milza era dura e raggrinzata: questi fatti facevano escludere la infezione tifosa o paratifosa.

All'esame microscopico le feci avevano l'aspetto caratteristico delle deiezioni dissenteri-

che; d'altra parte non si constatarono mai parassiti animali e neppure uova di anchilostomi.

Le cause della diarrea da trincea vanno ricercate nel fatto che i soldati sono esposti al freddo e alle intemperie, e nella mancanza di alimenti caldi. Ma si deve tener pur presente che il maggior numero dei soldati non sono abituati ad una larga alimentazione carnea, mentre sotto le armi e specialmente nelle trincee il loro nutrimento è quasi esclusivamente di carne: questo fatto deve certamente contribuire nel determinare la speciale affezione. Alcuni pazienti attribuivano la loro malattia all'acqua che essi erano costretti a bere da pozzanghere o da sorgenti di dubbia purezza.

Gli AA. ritengono che le cause ora accennate devono ritenersi solo come predisponenti. La causa determinante pare sia uno speciale bacillo, che di per sè non avrebbe un'azione patogena spiccata, perchè è stato trovato anche nelle feci di individui che godevano perfetta salute. Tale bacillo pare provenga dal fango delle trincee imbrattato con le materie fecali; esso si attacca alle scarpe e di qui è portato con le mani agli alimenti. D'estate la polvere trasportata dal vento dissemina la infezione. D'altra parte la infezione, anche quando non infierisce nelle trincee, può verificarsi nei villaggi, dove i soldati dopo quattro o cinque giorni di trincea vanno a riposare per un eguale periodo di tempo, e dove perciò si verifica uno straordinario affollamento per cui riesce difficile qualsiasi seria misura igienica. Inoltre la maggior parte degli alimenti stessi sono preparati nei villaggi infetti, per modo che il bacillo è trasportato nelle trincee dai cucinieri. (Questa forma di diarrea semplice si è verificata in larga proporzione anche nel nostro esercito: è probabile che più che ad una speciale infezione si debba all'eccesso dell'alimentazione carnea, alla quale i nostri soldati sono abituati meno che gli altri. — *N. d. R.*).

DR.

## TERAPIA.

### Il benzolo nella leucemia.

F. H. Smith (*Journ. A. M. A.*, n. 21, 1915) ha descritto ultimamente due casi di anemia, trattati con benzolo ($C_6H_6$), secondo il metodo di Koranyi.

Uno dei malati morì; il trattamento col benzolo fu sospeso qualche giorno prima della morte, perchè non mostrava alcun effetto sull'andamento della malattia.

Il secondo caso, a tipo splenomegalico, si trova sotto l'osservazione da circa 19 mesi, e convalida l'opinione espressa un anno fa, cioè che il benzolo è un rimedio potente nella leucemia mielogena.

Il paziente in questione è un ragazzo di 13 anni, sottoposto alla cura quando la sua milza occupava già 4/5 della cavità addominale ed il numero dei leucociti era di 500,000.

Ogni caso di leucemia in un adolescente veniva considerato come disperato prima del trattamento benzolico. Quando la diagnosi era positiva la prognosi si considerava infausta.

Il ragazzo di cui trattasi, invece, vive tranquillo, attende alle sue occupazioni di scuola, e sembra sano a prima vista. Che ciò si debba al benzolo è fuori dubbio, poichè il paziente non ha subìto alcun altro trattamento.

Sembra che il numero dei leucociti sia in dipendenza diretta del dosaggio del medicamento.

Il benzolo è una lama a due tagli. Una quantità troppo grande può dare facilmente disturbi tossici; una quantità troppo piccola può riuscire stimolante alla genesi dei leucociti. La dose stabilita dall'A. per il suo caso fu da 20-25 goccie 3 volte al giorno, cioè 4-5 gr. approssimativamente. Per evitare, però, ogni inconveniente, bisogna fare frequenti conte dei leucociti onde poter giudicare se la dose usata può essere aumentata, diminuita o sospesa.

Nulla sorprende di più che una brusca scesa dei leucociti da 30,000 a 6,000-7,000. Se la curva leucocitaria fosse rappresentata graficamente, rassomiglierebbe molto a una curva termica con crisi. I leucociti risalgono e scendono bruscamente. Il periodo del rialzo non può essere calcolato con precisione: talvolta dura due, tal'altra 6 settimane. La scesa avviene bruscamente ed inaspettatamente.

Nulla meglio del seguente fatto può illustrare il pericolo del medicamento. Per 6 settimane il paziente aveva ricevuto la più alta dose di benzolo, ma la curva leucocitaria si manteneva a 24,000. Credendo il medicamnto senza nessuna efficacia l'A. lo sospese, e con grande sorpresa vide seguire l'abbassamento dei leucociti a 6,000. A tal punto rimasero anche senza il benzolo per 6 settimane.

Sembra che dopo un certo tempo e un certo grado di saturazione il tessuto leucopoietico non solo è immune contro il benzolo, ma viene stimolato addirittura. È bene dunque sospendere per un po' di tempo la somministrazione del benzolo ogni qual volta, dopo un uso prolungato, la curva leucocitaria resta ferma o ascende.

È interessante l'esame per strisciamento: le cellule bianche indicano degenerazione, sono frequenti le forme di transazione ed i mielociti sono sempre presenti.

Myers e Fenkins hanno osservato che l'ingrandimento della milza non ha nessun rapporto con la quantità dei leucociti e l'A. conferma tale osservazione. L'A. non ha rilevato nel suo caso alcun sintomo di avvelenamento, eccetto frequenti corizze o bronchiti. Ma tali disturbi si verificavano indifferentemente sia che si somministrasse o no il benzolo.

L'A. conclude confessando la sua delusione nell'uso del benzolo come specifico. Forse la specificità dipende da dosi più alte di quelle da lui usate?

Egli crede che l'andamento della malattia nel suo caso assumerà una delle 3 seguenti forme: o cronico progressiva, con rialzo della curva leucocitaria, ingrandimento della milza ed esito letale, o riacutizzazione fulminante, o con anemia aplastica, in cui l'abbassamento nella curva leucocitaria non si ferma al limite normale ma scende sotto i 500.

È indubbio, però, il valore inibitorio del benzolo; come la digitale, benchè non specifico, occupa un posto distinto nella terapia patogenica.

Dott.ssa OLGA RESNEVIC.

**Iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nella malaria.**

N. Barlow ha fatto la seguente osservazione (*American Journal of Tropical Diseases and Preventive Medicine*; riferito in *The Journal of the American Medical Association*, 31 luglio 1915).

Un indigeno aveva sofferto per nove giorni di parossismi tipici di febbre malarica a giorni alterni. L'esame del sangue mostrò una generazione di ematozoi di estivo-autunnale, con numerosi gameti.

Iniezione endovenosa di circa 16 milligrammi di cloruro mercurio alle 10 ant.; l'accesso grave, atteso per le 2 pom., fu sostituito da modica febbre che senza brividi raggiunse circa 38.7 alle 5 pom. e desistette per lisi.

Il paziente non aveva ricevuto altra cura, durante la malattia, che una capsula di 40 centigrammi di chinina, la quale non aveva avuto nessun effetto nè sulla febbre nè sul reperto ematico.

I sintomi della malaria scomparvero interamente.

Sei settiamne dopo i parassiti mancavano completamente e la conta differenziale dei leucociti non mostrava nessuno scarto dal normale.

L'A. analizza il comportamento dei parassiti di fronte alla chinina e al mercurio e rileva come questo si dimostri molto più letale; i movimenti ameboidi cessano, invece di essere stimolati; lo sviluppo degli schizonti viene inibito invece di proseguire; la penetrazione dei merozoiti nelle emazie viene impedita del tutto. Il mercurio è letale per tutti gli stadi; soltanto i gametocidi cedono più lentamente, tuttavia sono già scomparsi 36 ore dopo la somministrazione del mercurio, mentre resistono per lunghissimo tempo alla chinina.

R. B.

**Lo zolfo nel trattamento della febbre tifoide.**

Gouteau riferisce di aver trattato una serie di 31 tifosi nel seguente modo: dopo una purga iniziale di calomelano, dava 5-6 *cachets* o cartine al giorno contenenti ciascuna 1 grammo di fiori di zolfo; durante i primi 15 giorni di convalescenza andava riducendo le dosi. L'effetto di questo metodo di trattamento sarebbe stato di abbassare la temperatura e ridurre l'intensità di tutti gli altri sintomi e annullare addirittura la mortalità: tutti i suoi pazienti si sono salvati!

Il metodo ha, se non altro, il merito di essere sicuramente innocuo. (*Bulletin Général de Thérapeutique*; rifer. in *Medical Record*, 14 agosto 1915). R. B.

# POSTA DEGLI ABBONATI.

(536) *Età di una ferita e aspetto della cicatrice.* — È possibile che possasi determinare il numero preciso dei giorni di cura di una ferita, col solo esame della cicatrice dopo quattro mesi?

Dott. A. S. da B.

Non è possibile determinare il numero dei giorni di cura di una ferita, dal solo esame di una cicatrice. Spesso l'esame accurato della cicatrice, può dire se la lesione è guarita per prima o per seconda intenzione.

Le cicatrici esito di lesione guarite per prima, sono molto sottili, lineari, poco visibili, dopo poco tempo imbianchiscono.

Se poi la lesione fu suturata si riscontrano ai lati della cicatrice, altre piccole cicatrici puntiformi che denotano la sutura avvenuta.

ASCARELLI.

(537) *Adiposi post-ovariectomica.* — Sarei grato al redattore della « Posta degli abbonati » che volesse rispondere al seguente quesito: Esiste altro metodo di cura oltre all'opoterapico con succo ovarico in caso di distrofia adiposo genitale successiva ad isterectomia ed ovariectomia totale? Abbonato 3472.

Oltre alla cura opoterapica con succo ovarico nella distrofia adiposa successiva ad istero-ovariectomia totale, può ragionevolmente usarsi la tiroidina e i preparati analoghi (jodotirina, tirojodina, ecc.), nonchè i preparati jodici in generale. In una malata potrebbe anche tentarsi una cura paziente e costante (un po' dispendiosa peraltro) di inalazioni sistematiche di ossigeno che attivando gli scambi ed accentuando le combustioni si è visto provocare un certo dimagramento. Le inalazioni possono farsi della durata di circa 1 minuto primo, ogni ora — 12-14 inalazioni al giorno —. Pesando esattamente la paziente a principio di cura e pesandola di nuovo dopo 10-15 giorni (possibilmente all'ora medesima e nelle medesime condizioni di vacuità intestinale e vescicale) dovrebbe già verificarsi un apprezzabile dimagramento. Sarebbe opportuno, per rigoroso controllo, che durante questa cura venissero sospese le altre cure medicinali; salvo a riprenderle più tardi, associate o no a questa.

U. ROLANDI.

(538) *Disinfezione degli arnesi da barbiere.* — Desidererei sapere per quanto tempo rasoi, pettini, spazzole da barbiere dovrebbero subire l'azione dei vapori di formaldeide perchè venga tolta la possibilità di trasmettere dermatosi (da ifomiceti, ecc., ecc.). Con quali mezzi facili e pratici (oltre il riscaldamento di pasticche di formaldeide) si possono produrre i suddetti vapori? Abbonato 3422.

L'azione dei vapori dev'essere molto prolungata se si vuole ottenere l'effetto voluto ed è a tal uopo consigliabile tenere gli strumenti in appositi recipienti ben chiusi, nei quali, ottenuto col calore lo sviluppo dei vapori stessi dalle compresse di formalina, se ne formi un ambiente saturo. Entro questi recipienti, che si adoperano molto per le sonde ed i cateteri uretrali, si lasciano gli strumenti a permanenza e si può allora essere sicuri, dopo alcune ore, della loro più o meno completa sterilità.

Invece che dalle pasticche, si potrebbe ottenere lo sviluppo dei vapori di formaldeide dalla comune formalina del commercio entro apposito recipiente, tenuto a bagnomaria in acqua bollente, ma il sistema è assai meno pratico e mal si presta alla sterilizzazione di strumenti chirurgici, arnesi da barbiere e simili.

V. MONTESANO.

(539) Ho un ragazzo paraplegico dell'età di sette anni per malattia spinale contratta nelle fasce, però attualmente si regge in piedi e può un poco camminare appoggiato a sostegni, od altro riparo. Desidero conoscere, e con preghiera dettagliatamente, se esistono o no appositi istituti e dove, nei quali possa apprendere un'arte, mestiere, o professione? Se sì, se la dimora sia gratuita e con quali titoli da esibirsi; se a pagamento, quali siano gli oneri e la durata. Dev.mo: Dott. Luigi Galli.

Riteniamo che corrisponda ai suoi desiderata la Pia Casa della Provvidenza, o Istituto Cottolengo, Torino, via Cottolengo; alla quale potrà scrivere direttamente per ulteriori schiarimenti. V. FORLÌ.

(540) Prego codesta on. Direzione ad essere così gentile di volermi dare le seguenti indicazioni:

1° Mi occorre un buon formulario terapeutico in inglese sul tipo del « Formulaire Thérapeutique » di Lyon et Loiseau oppure del tipo « Taschenbuch der Therapie » del D. Schnirer.

2° Indicazione di un buon trattato (in francese, inglese o tedesco) sull'alimentazione vegetariana e latteo-vegetariana con o senza uova, trattato il più esteso possibile.

3° Trattato di terapia naturale: elioterapia, balneoterapia (non idroterapia), ginnastica semplice ecc.

Ringraziamenti.

D. Della Torre.

1° Ricerchi i formulari editi dalla « The Scientific Presse » di Londra; uno è di Herbert French.

2° Come trattato generale, è ottimo quello di Marcel Labbé, « Régime alimentaire », Paris, 1910. Più speciali, in alcune parti meno recenti, sono i seguenti: H. Gillet: « Formulaire des régimes alimentaire », Paris, 1897; — Malapert du Peux: « Le lait et le régime lacté », ibid., 1890; H. Collière: « Le végétarisme et la physiologie alimentaire », Paris, 1907; — E. Coutet: « Le végétarisme et le régime végétarien », id., 1902; — C. Schulze: « La table du végétarien », Paris, 1910.

3° In questo campo non v'è che la difficoltà della scelta. Consigliabili i seguenti: L. Landouzy, A. Gautier, Moureu, de Launay, Heitz, Lamarque, Lalesque, Carnot: « Crénothérapie, Climatothérapie, Talassothérapie, Cure hydrominérales, Cures d'altitude, Cures marines », Paris, 1910; oppure Fraikin, Grenier, Coustensoux, Tissié, Delageuière, Pariset: « Mécanothérapie, Rééducation, Sports, Méthode de Bier, Hydrothérapie », ib., 1909; Henri Hoenig: « La pratique des exercices physiques », ibid., 1910; Malgat: « La cure solaire », ib., 1911.

*gb.*

# VARIA.

**Pazzia d'imperatori od aberrazione nazionale?** — Sotto questo titolo il prof. Ernesto Lugaro ha pubblicato nella *Rivista di patologia nervosa e mentale* un interessante studio sulla mentalità dei due imperatori alleati e sul fenomeno di psico-patologia collettiva che oggi offre il popolo tedesco.

Come è noto l'opinione popolare si rappresenta Guglielmo II e Francesco Giuseppe come degli esseri anormali, pazzeschi, ed attribuisce in massima alla loro influenza perversa la megalomane politica teutonica e la barbara condotta della guerra.

Alcuni alienisti hanno tentato di dare una veste ed una importanza scientifica a questa credenza popolare. E così il dott. Neipp mette in rilievo alcuni caratteri di degenerazione somatica, retaggio degli Asburgo, la mediocrità intellettuale e la insensibilità morale dell'imperatore d'Austria per prognosticargli una imminente imbecillità senile. Per Gugliemo II il dottor Neipp mette avanti alcune ipotesi diagnostiche: la psicosi maniaco-depressiva, l'eredosifilide, la paralisi progressiva incipiente. Per lo stesso Kaiser, Finot fa una diagnosi generica di degenerazione somatica e psichica. Bechterew lo qualifica « degenerato di tipo neroniano », Cabanès lo ritiene un epilettico.

Il prof Lugaro ritiene questi giudizi superficiali e pur non negando la influenza che certe personalità possano avere nel determinismo dei fatti storici, non ritiene che la guerra attuale possa avere un'origine psico-patologica e personale nella presente infermità dei due imperatori.

E dopo aver ricordate tutte le nefandezze commesse dai tedeschi esclude che esse possano essere state commesse unicamente per ordini superiori d'un criminale o d'un pazzo. La verità è tutt'altra: Guglielmo non ha fatto che la sua parte prestabilita nel complesso delle norme tedesche di guerra, che oramai da quasi un secolo, oltre all'essere metodicamente praticate, hanno trovato una sistemazione teorica.

Se anche non si può riconoscere ai due imperatori perfetta normalità di mente, si deve convenire che le loro anomalie hanno un valore trascurabile a confronto dei larghi moventi psicologici e sociali che hanno preparato la guerra d'oggi. Il mento di Francesco Giuseppe ed il braccio di Guglielmo non valgono neppure quanto il naso di Cleopatra.

Sia pure Francesco Giuseppe deficiente d'intelletto e moralmente insensibile, la sua influenza personale rimane un nulla tra le forze titaniche che in secoli di storia hanno condotto alla formazione dell'impero austro-ungarico e che ne preparano la rovina. Non così inerte appare Guglielmo II, ma la sua azione effervescente non è che un riflesso delle idee dominanti in Germania. Può darsi che egli sia epilettico; è certo che egli è leggiero, irrequieto, superficiale, vanitoso, ambiziosisssimo; ma non è un uomo da imprimere una piega personale alla storia. Mediocre di intelligenza, non ha mai avuto una idea direttiva originale; malfermo nel volere, per quanto esuberante d'attività, ha finito sempre col navigare secondo la corrente, o tutt'al più s'è permesso qualche atto impulsivo, qualche gesto inopportuno, di cui ha dovuto subito fare ammenda.

La tesi di Cabanès, che la psicosi di Guglielmo, se pure psicosi può dirsi, si sia diffusa da lui fino all'ultimo dei suoi sudditi, dando luogo ad un delirio collettivo unico per la sua vastità, è decisamente erronea. Più nel vero è Neipp, quando dice che l'ambiente fu fatale allo sviluppo intellettuale e morale di Guglielmo. Sicuro: egli si è certamente infatuato delle idee dominanti, e per la sua posizione e per la sua costituzione mentale ne ha risentito forse più di molti altri. Purtroppo però le stesse influenze suggestive, cresciute a valanga negli ultimi tempi, le hanno sentite più o meno tutti i tedeschi.

La psichiatria clinica può dunque deporre le sue armi. Alla soluzione dell'immane problema che questa guerra ha posto innanzi a tutti, essa non può contribuire che con una conclusione negativa mettendo in guardia contro l'errore popolare che accumula tante maledizioni sui due imperatori.

Errore pericoloso perchè tende a coprire il vero responsabile, che non è un uomo, ma una nazione, la tedesca.

L'esaltazione dei tedeschi supera ogni esempio per la sua enormità, per un impeto di violenza criminale che stanca, che appare fuori di tempo e di luogo in mezzo ai popoli europei. Fa pensare ad epoche remote che si riteneva non potessero più ritornare; fa pensare, immagini inadeguate, agli Unni ed ai Vandali, a Tamerlano e a Gengiskan.

I tedeschi non possono sentirselo dire; si meravigliano, s'arrabbiano a sentirsi trattare da barbari e mettono avanti la loro cultura.

Ma il sapere s'acquista in breve, dagli individui come dai popoli; ai sentimenti civili occorre invece un tirocinio secolare. Il sentimento barbarico non rimane del tutto mascherato sotto la vernice del progresso tecnico e della floridezza economica, come la rozzezza dell'ani-

ma mal si cela sotto i complimenti goffi e l'ostentata bonarietà.

La civiltà latina, l'Umanesimo della Rinascenza, la scienza moderna non hanno modificato sensibilmente l'anima tedesca. Le virtù che essa vanta son fatte di forza materiale e di fiero egoismo. La sua storia non ha esempi di generosità, di cortesia, di sacrificio ad un ideale disinteressato. I suoi eroi sono capi d'orda, soldatacci, pedanti.

La Germania fornì truppe mercenarie a tutto il mondo, non ha dato un solo volontario alle lotte per l'indipendenza degli altri popoli. Conseguì l'unità nazionale più che per virtù di popolo, per violenze ed inganni di governanti.

Conosce bene la guerra, ma ignora le rivoluzioni rigeneratrici. Derise e odiò Garibaldi, non comprese Mazzini. Il suo movimento democratico-sociale fu ed è guidato da ebrei di buona razza, abili nel far traffico della merce lavoro, incapaci di concepire un ideale superiore a quello d'un'umanità formicaio.

Su questo fondo comune di rozzezza, prosperano a maraviglia, favorendosi reciprocamente, la tendenza megalomane e la tendenza criminale.

La tendenza megalomane nacque dalle vittorie che chiusero il periodo napoleonico, dalla conseguita unità politica, dall'aumento della popolazione e delle forze militari, dalla floridezza economica, dalle vittorie del '66 e del '70; crebbe a dismisura con l'eccesso dello sviluppo industriale, col bisogno artificioso d'espansione commerciale e di concorrenza accanita; tocca il suo apogeo ed acquista nuovo vigore diffusivo nella classi colte, superbe dei loro progressi, dello sviluppo scientifico e tecnico, dell'organizzazione, del fermo indirizzo economico e politico; fiorisce negli scienziati millantatori anche se grandi, nei filosofi apologisti della forza, nei professori di storia.... futura che profetizzano giorno per giorno le tappe trionfali del pangermanismo.

La tendenza criminale è insita nel militarismo germanico, allenato all'aggressione, educato al disprezzo d'ogni diritto. Nell'ufficiale tedesco, accanto all'orgoglio e al disprezzo verso lo straniero, cresce la superbia sconfinata della casta, che non tiene in alcun conto il soldato, umile e cieco strumento, massa di muscoli senza volere, carne da bastone e da cannone. Nessun esercito come il tedesco dà in tempo di pace tanti esempi di brutalità autoritaria, che arriva fino al delitto, invano mascherato dallo spirito di disciplina. Peggio che mai in guerra. C'è già qualche cosa di criminale nella tattica senza scrupoli che spinge al macello masse compatte d'uomini, sostituendo incessantemente i caduti, solo perchè questo metodo dà maggiori probabilità di successo sollecito. Ma c'è almeno la scusa del preconcetto dottrinario che annienta i diritti dell'individuo di fronte all'interesse dello Stato. Più schietta brilla la criminalità nel comando brutale, nelle violenze con cui si pretende d'incitare i soldati all'azione (infinitamente meno efficace dell'incoraggiamento cordiale e dell'esempio), nelle sevizie disciplinari.

La nota criminale non emana soltanto dall'elemento militare, ma anche dai mercanti e dagli industriali, che ebbero non poca parte nello spingere la Germania a preparare e provocare la guerra, la guerra che avrebbe dovuto dar loro a buon mercato la padronanza sul mare e sui continenti lontani. È a costoro che si deve se la Germania s'è comportata come un giuocatore che siede al tavolo senza denaro, pronto a intascare se vince, pronto ad accoltellare l'avversario e a depredarlo se perde.

Megalomania e violenza si danno la mano in perfetto accordo. Al popolo eletto, come al superuomo, tutto è lecito. Non v'è morale con gl'infinitamente inferiori. Il diritto arriva dove arriva il potere. Ciò che piace si prende. Chi s'oppone viene atterrato. È generosità se si concede al vinto la vita perchè lavori sottomesso come uno schiavo.

Tutti i tedeschi, più o meno la pensano così. E non c'è da meravigliarsene. Militari, filosofi, mercanti, scienziati, statisti, industriali predicano da un secolo questa crociata barbarica, e lavorano a realizzare questo sogno folle e delittuoso. Neppure il più piatto ed innocuo borghesuccio ha potuto sottrarsi al fascino della suggestione. Il suo orgoglio dovette ringalluzzirsi quando Gobineau, Chamberlain e Woltmann gli assicurarono che egli apparteneva alla razza eletta, che ha fatto tutto quanto c'è di buono al mondo e che è destinata a dominare senza contrasto.

E la sua rapacità istintiva dovette esaltarsi fino alla pazzia quando gli si assicurò che il primo gran colpo da fare con la guerra era l'estorsione di trenta miliardi alla Francia: la vecchia danarosa.

Le aberrazioni collettive, sopratutto quelle che colgono un'intera nazione, non si possono affatto considerare, dal lato psichico, pari alla pazzia individuale, che si cura nei manicomii.

Tuttavia non è per una semplice metafora che si parla di pazzia collettiva, di pazzia nazionale. Qualunque sia il meccanismo genetico dell'aberrazione, il risultato finale, psicologico, è un vero delirio, con le consuete influenze sul-

la condotta, aggravate anzi dalla suggestione reciproca. Dal punto di vista pratico deve dunque valere pei popoli fanatici lo stesso criterio che s'adotta per i pazzi: quello del pericolo altrui.

Per quel che riguarda la prognosi essa è assai riservata ma non disperata. I grandi disinganni giovano anche ai paranoici; e i delirii collettivi si smontano più facilmente di quelli individuali. Anche i gravi difetti morali, indelebili negli individui, possono correggersi nei popoli, che dispongono dei secoli per formare il loro carattere. Speriamo bene, ma non illudiamoci che il ravvedimento possa esser pronto.

Tutte le nazioni civili vedranno volentieri la Germania, intenta allo studio disinteressato ed al lavoro tranquillo, collaborare al progresso umano: ma intanto la vogliono assolutamente libera, per amore o per forza, da ogni pretesa di egemonia.

DR.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

***Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione***

L. FERRERO DI CAVALLERLEONE. *Norme per gli ufficiali medici durante la campagna.* Tipografia Voghera Enrico, Roma.

In piccolo volume ed in forma semplice e chiara il generale Ferrero di Cavallerleone ha prospettato quali sono i problemi, le difficoltà che il medico deve affrontare durante una campagna bellica. Non c'è in questo opuscolo lusso di erudizione e pensatamente è tralasciato tutto quanto il medico civile deve conoscere.

Viceversa è dato un cenno completo quanto semplice di tutte quelle questioni mediche, chirurgiche, igieniche che si possono dire specifiche degli eserciti combattenti e che non riguardano la pratica professionale ordinaria. Dato il fatto che il nostro esercito è prevalentemente costituito da ufficiali di complemento, la pubblicazione di tali norme è stata veramente preziosa, ed è merito non trascurabile di averle compilate in modo così conciso e nello stesso tempo così chiaro.

DR.

H. MÉRY. *La vaccination antityphoïdique.* Un opuscolo in-8° di pag. 96. Paris, J. B. Baillière et fils, 1915. Prezzo fr. 1.50.

La vaccinazione preventiva contro il tifo ha reso inestimabili servigi tra gli eserciti combattenti, dacchè ha praticamente soppresso una delle « malattie della guerra », e forse è destinata a renderne molti altri ancora tra le popolazioni civili; quella curativa lascia intravedere speranze ben fondate.

È dunque con senso di opportunità che il professor Méry ha raccolto in una monografia tutte le nostre cognizioni relative a questo argomento. Egli passa dapprima in rassegna i varî vaccini; poi ne esamina il modo di azione ed il controllo; poi espone la tecnica delle vaccinazioni preventive, gli effetti immediati, le indiguito tratta delle vaccinazioni curative, rilevandone le difficoltà e facendo valere la circospezione che impongono. Tutto il lavoro è compenetrato di prudenza e animato da imparzialità.

R. B.

G. PISENTI. *Discussione pro e contro la vaccinazione fatta al Reichstag germanico nell'aprile 1914.* Torino, Rosenberg e Sellier. L. 2.

È la traduzione di un importante e vivace dibattito svoltosi al Parlamento tedesco tra i fautori e gli avversari della legge contro la vaccinazione obbligatoria. La bontà della tesi vaccinista balza fuori da questa brillante discussione più che da qualsiasi memoria scientifica o opuscolo di propaganda. Ed è perciò che il prof. Pisenti ha fatto opera meritoria dando al pubblico medico italiano la opportunità di conoscere come si svolge oltr'Alpe la lotta tra vaccinisti ed antivaccinisti e mettendo in giro un piccolo volume che per quanto modesto è più efficace di qualsiasi opera dottrinale.

DR.

### PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FIORAVANTI LUCA. Ospedale Civile di Orbetello. Sezione chirurgica. Resoconto statistico-clinico di un biennio (1° giugno 1912-31 maggio 1914). — Siena, 1915.

ROYO M. Alcunas observaciones de tumores de la parotida. — Madrid, 1914.

VIRGILLO FRANCESCO. Un nuovo metodo per la reazione agglutinante del latte delle capre infette di micrococco melitense. — Genova, 1915.

TAIDELLI A. La Convenzione di Ginevra e cinquant'anni di vita della Croce Rossa. (Conferenza). — Milano, 1915.

CERNEZZI ALDO. — Contributo alla diagnosi clinica dell'ipernefroma renale. — Milano, 1914.

DE NUNNO RENATO. L'azione del micrococco di Bruce (melitense) e delle sue tossine sul sistema nervoso centrale e periferico. — Firenze, 1914.

BOSSI L. M. La mania religiosa nelle nubili e nello stato puerperale. — Genova, 1915.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Ancora sul Servizio sanitario dell'Esercito.

Alla elevata lettera che il generale L. Ferrero di Cavallerleone ha indirizzata alla Redazione del «Policlinico» farò seguire una breve dichiarazione.

Non è il caso di polemiche perchè, come avverte lo stesso generale, il momento non è opportuno, ma sopratutto perchè egli stesso non ha negato gli inconvenienti da me accennati.

Non possiamo entrare noi nella questione delle responsabilità. Chi sa in quale concetto siano tenuti da molte nostre Amministrazioni i servizi sanitari può rendersi conto degli ostacoli e delle resistenze che avrà incontrato il capo del Corpo sanitario dell'esercito nell'esecuzione delle provvidenze, che egli afferma di avere predisposte in ogni piccolo particolare per assicurare la regolarità del servizio durante la guerra.

Il generale Ferrero di Cavallerleone accenna a suoi abituali interessati denigratori ed a scopi reconditi cui si ispirerebbe una certa campagna che si fa contro di lui. Non vorrà annoverare fra costoro il sottoscritto, il quale nel marzo ultimo, non solo esponeva in questo giornale i progressi fatti dal Corpo sanitario militare ed esprimeva la fiducia che nell'atteso evento della guerra esso sarebbe stato pari alla sua missione, ma avvertiva che tali progressi si dovevano in gran parte alla sapiente attività di chi allora ne dirigeva le sorti. Non io quindi, ripeto, posso essere tra quelli che «per abbattere un uomo denigrano un servizio».

G. DRAGOTTI.

## Per le pensioni ai medici condotti richiamati alle armi.

Il presidente dell'A. N. M. C., on. dott. Brunelli, aveva domandato alla Direzione generale degli Istituti di previdenza di conoscere se il sanitario prestante servizio di guerra *senza* stipendio da parte dell'Amministrazione da cui dipende *ma rimasto titolare* del posto poteva, versando regolarmente alla Cassa Pensioni i regolamentari contributi, far valere detto servizio anche agli effetti della misura della pensione.

Il direttore generale ha risposto che il servizio utile per la misura dell'assegno di riposo ai sanitari è quello prestato con nomina regolare in un posto legalmente istituito *è con percezione di stipendio*; mentre che il servizio militare è calcolato ai soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione (art. 16 e 30 della legge, testo unico, 2 gennaio 1913, n. 453).

Ha aggiunto inoltre che di recente, dall'articolo 12 della legge 20 dicembre 1914, n. 1382, di modifica alla Cassa di previdenza dei segretari comunali, venne statuito (estendendo la disposizione ai sanitari) che solamente il tempo trascorso in *aspettativa per motivi di salute* sia calcolato per intiero agli effetti della misura dell'assegno di riposo, e di conseguenza, allo stato della legislazione, il periodo di aspettativa per richiamo in servizio militare non può essere valutato che per i soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione.

Senza alterare lo spirito delle attuali disposizioni, potrebbe essere invocato un provvedimento legislativo che contemplasse *nel caso di guerra* la valutabilità di detti servizi anche agli effetti della misura della pensione, con pagamento dei contributi alla Cassa di previdenza.

## Per i boicottaggi e le diffide.

Nel n. 23 del «Medico condotto» era annunziato — e noi riportammo integralmente l'annunzio — che si era deciso di porgere durante la guerra il *ramo d'ulivo*, desistendo temporaneamente dai boicottaggi e dalle diffide. Nel n. 24 dello stesso Bollettino vediamo intanto annunziata una nuova condotta diffidata.

Sarebbe interessante conoscere le decisioni precise e definitive dell'Ufficio di presidenza dell'A. N. M. C.

*Pensioni e indennità a medici, loro vedove ed orfani.* — Nel 1. trimestre 1915 vennero conferite le seguenti pensioni e indennità:

Vedova e orfani del dott. Trevisan di Teor, L. 900; ved. del dott. Leone d'Ivrea, L. 1167; dott. Bassolati di Motta B., L. 3626; dott. Rebusco di Castruzzone, L. 819; dott. Brusati di Bellinzago, L. 2396; dott. Civitelli di Ajello, L. 1055; vedova del dott. Vigilante di Peschici, L. 1150; ved. del dott. Rinaldi di Campolattaro, L. 951; ved. e orf. del dott. Notargiovanni di Alvignano, L. 900; ved. del dott. Caporali di Schio, L. 1438; ved. e orf. del dott. Pisaniello di S. Martino V. C., L. 900; dott. Monaco di Tricarico, L. 1208; dott. Ranieri di Larino,

L. 1923; dott. Vinci di Sortino, L. 3000; vedova del dott. Angella di Pontremoli, L. 955; vedova del dott. Della Schiava di Cordenons, L. 900.

Indennità: dott. Impicciatore di Bomba, lire 3171; orfani del dott. Ussai di Sassari, L. 1438; ved. del dott. Torelli di Gergli, L. 2285; dottor De Medici di Martirano, L. 4460; ved. del dott. Grillo di Castelspina, L. 1318; ved. del dott. Pane di Carlopoli, L. 3040; ved. del dottor D'Arman di Caneva, L. 871; ved. del dottor Di Maria di Viterbo, L. 2230; ved. del dottor Nanni di Campo di Fiore, L. 2048; vedova e orfani del dott. Roppolo di Parella, L. 1189; ved. del dott. Bufalini di Roccasecca, L. 1906; ved. del dott. Manfredi di Altamura, L. 3002.

## RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

### Veterinario condotto - Residenza.

*A differenza del medico condotto, il veterinario non è tenuto ad osservare l'obbligo della residenza. Egli può, quindi, occupare più posti contemporaneamente.* (4ª Sezione del Consiglio di Stato, 16 aprile 1915).

La quarta Sezione ha considerato che l'assimilazione della condotta veterinaria a quella medica fatta dalla legge 27 aprile 1911, n. 375, si estende oltre i casi e le ipotesi previste ed espressamente richiamate nell'articolo 3° della legge suddetta.

Il detto articolo 3 rende però applicabile ai veterinari solo gli articoli 26, 30, 37, 38, 39, 40 41 e 205 del testo unico delle leggi sanitarie del 1° agosto 1907, n. 636, e non altro. « Se, per ragioni o di analogia o di convenienza, si può la parificazione estendere anche a norme e forme processuali ed a quelle altre disposizioni che sieno conseguenza diretta degli articoli richiamati, non potrebbe mai spingersi tanto oltre da invadere il campo del diritto sostanziale e sottoporre i veterinarii ad obblighi e restrizioni che la legge non stabilisce espressamente ».

E la ragione del divario è giustificata dal fatto che i veterinarii muniti di laurea non abbondano in Italia e che per ciò non si può pretendere, senza danno del servizio e della diligenza zootecnica in ispecie, l'obbligo della residenza.

Il principio della unicità della residenza, secondo la Sezione, è certamente desiderabile per un migliore e più razionale ordinamento della vigilanza ed assistenza zooiatrica, ma deve essere apparso non opportuno e di non agevole attuazione allo stato presente delle cose.

Con ciò non si intende certamente affermare che il veterinario condotto possa risiedere dove vuole ed esercitare quante altre condotte gli piaccia. Un limite, risultante dalla compatibilità di fatto, è da lasciare ai Comuni ed alla autorità locale tutoria.

A nostro avviso il ragionamento della 4ª Sezione è giusto perchè effettivamente l'articolo 3° della legge del 1911 non richiama, mentre ben agevolmente lo avrebbe potuto, l'articolo 24 del testo unico delle leggi sanitarie del 1907 che fa obbligo appunto al medico condotto di mantenere la sua residenza stabile in determinato comune ed indirettamente proclama la unicità della condotta. Sia per lo scarso numero di veterinarii che esiste attualmente nel Regno sia per l'indole della missione propria di detti professionisti, non è assolutamente indispensabile che essi risiedano permanentemente in un determinato posto; possono accedervi, invece, sol quando il bisogno il richieda, purchè non facciano mai mancare i più importanti e principali servizii, come quello della visita alle carni macellate, la ispezione ai macelli ed ai pubblici mattatoi, la sorveglianza alle fiere di bestiame ed il pronto intervento in caso di epizoozie.

Ma si potrebbe obbiettare che il servizio intercomunale dei veterinarii è tacitamente autorizzato dalla legge, allorchè permette la costituzione dei consorzii per la vigilanza zoojatrica.

Se il veterinario è consorziale non risiede stabilmente che in uno solo dei comuni che compongono il consorzio ed in ciò si parifica completamente al medico condotto consorziale il quale non ha nè può avere obbligo di residenza in tutti i comuni che compongono il consorzio.

L'obbiezione sembra a prima vista giustificata, ma guardando a fondo la cosa, non lo è completamente. È vero che tanto il veterinario quanto il medico, se prestano servizio in consorzii formati da più comuni non hanno l'obbligo della residenza in ognuno di essi e che, quindi, entrambe le condotte potrebbero essere appellate *non uniche,* ma, però, a riguardo della massima di giurisprudenza che illustriamo, dobbiamo ammettere che il concetto è molto più ampio e lato nel senso che il veterinario condotto può esercitare la sua professione in due o più comuni contemporaneamente, sia che questi sieno consorziati, sia che sieno liberi ed indipendenti fra di loro. È chiaro poi, che con

questa maggiore latitudine si avvantaggia moltissimo il servizio sanitario giacchè riesce in tal modo agevole assicurare la vigilanza zooiatrica anche in quei centri che, per difficoltà di accesso, mancanza di strada, disagevole posizione, ecc., non riesca possibile stringere in regolare consorzio.

### Farmacia - Chiusura - Diritti di terzi.

*Allorchè non concorrano ragioni di pubblico interesse ma solo private di farmacisti viciniori è illegale la chiusura di una farmacia ordinata dal Prefetto.* (4ª Sezione del Consiglio di Stato, 23 aprile 1915).

La potestà del Prefetto di ordinare la chiusura di una farmacia si deve esplicare solo nel pubblico generale interesse, per ottenere, cioè, il rigoroso rispetto delle relative disposizioni di legge e la stretta applicazione delle norme che la legge stessa stabilisce a garanzia della pubblica salute in materia tanto importante e delicata.

Trattandosi di atti resrittivi della umana libertà l'intervento del Prefetto non può estendersi oltre i casi tassativamente previsti dalla legge e dal regolamento attualmente in vigore circa le farmacie. Fra questi casi non è certamente compreso quello riferibile a protezione di eventuali diritti di terzi, creduti lesi dai titolari di aziende farmaceutiche viciniori.

Costoro se intendono far valere o rivendicare diritti che credono essere loro spettanti non debbono nè possono invocare l'intervento del Prefetto, posto a capo della provincia per la tutela degli interessi colelttivi della società, ma debbono, invece, ricorrere alla autorità giudiziaria, che è l'unica competente a garentire il diritto patrimoniale del singolo. Bisogna bene all'uopo distinguere gli interessi pubblici da quelli privati: a guarentigia dei primi è preposto il Prefetto della provincia; a guarentigia dei secondi, quando non entri in campo la competenza giurisdizionale delle autorità amministrative, il magistrato ordinario. Epperò il farmacista che si sente leso nei suoi privati interessi dalla esistenza di un'azienda viciniore, che non è legalmente impiantata, non deve invocare l'intermente del Prefetto della provincia per ottenerne la chiusura, ma deve adire l'autorità giudiziaria.

A tale autorità non potrà, però, chiedersi il decreto di chiusura della farmacia, chè su tal punto sarebbe incompetente, ma bensì i danni che dall'abusivo esercizio gli sono derivati. L'autorità giudiziaria, infatti, non può pronunziare la nullità di un atto amministrativo, ma può disconoscerne gli effetti in raffronto al caso portato in giudizio.

Doctor JUSTITIA.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5487) *Dimissioni - Accettazione tacita - Interinato - Cassa Pensioni.* — Il dott. H. espone che per incongruità di stipendio rassegnò nello scorso settembre le proprie dimissioni dalla carica di medico condotto del consorzio X. Z. I due Comuni consorziati non si pronunziarono apertamente sulle presentate dimissioni ma ognuno dei due lo nominò con separati atti medico condotto interino con migliorato stipendio. Uno dei due Comuni, però, si è opposto a farlo pagare il contributo alla Cassa di previdenza adducendo che come interino nulla deve pagare. Desidera conoscere se ciò è legale dal momento che sulle date dimissioni nessuno dei due Comuni si è finora pronunziato.

È vero che le sue dimissioni non furono mai chiaramente accettate dai due Comuni consorziati ma entrambi, però, ciò fecero indirettamente e larvatamente nominandola interino ciascuno per proprio conto. Ella, accettando il nuovo stato di cose senza alcuna opposizione o riserva, si uniformò alle superiori disposizioni e si contentò di passare da titolare ad interino. Ritenendola come tale, giustamente il Comune si oppone a ricevere la sua contribuzione alla Cassa di previdenza. Non avendo mai il Prefetto accettate le sue dimissioni può continuare ad esercitare le funzioni di ufficiale sanitario, anche perchè mai ha lasciato di fatto l'ufficio. Per poterle liquidare la pensione cui ha diritto, occorre che Ella riproduca i dati di servizio già esposti con l'indicazione della età precisa che avrà all'atto del collocamento a riposo.

(5488) *Servizio militare - Pensione.* — Il dott. G. M. da L. desidera conoscere se assumendo il servizio militare il Comune può obbligarlo ad abbandonare detto servizio perchè unico sanitario, se andando a servire può ottenere dal Comune due mesi di stipendio, se può liquidare la pensione sin da ora mentre col 1° novembre prossimo compie i prescritti dieci anni di servizio e se, nella negativa, possa durante il servizio militare seguitare a pagare il contributo onde usufruire del tempo che trascorre in campagna di guerra.

Bene il Comune può opporsi a che Ella vada a servire come capitano medico del R. Esercito, essendo unico medico condotto. Il Sindaco farà a suo tempo il prescritto certificato e lo farà te-

nere al Distretto militare competente, che lo esonererà di ufficio. Ad ogni modo, andando a servire, conserva il diritto a due mesi di stipendio. Per il rimanente periodo di tempo durante il quale rimarrà sotto le armi avrà diritto allo stipendio maggiore. Non avendo ora compiti i dieci anni di servizio non può chiedere il collocamento a riposo e liquidare la pensione. Crediamo che durante il servizio militare si possa rimanere iscritti alla Cassa, anche nella considerazione che il posto di condottato si conserva. Occorre, però, pagare i contributi prescritti.

(5489) *Croce Rossa.* — Al dott. C. D. da B. rispondiamo che non ci sembra dubbio che si possano dare le dimissioni dalla Croce Rossa, quando non si abbiano obblighi di servizio militare e quando non si è stato ancora chiamato in servizio, perchè la chiamata costituisce mobilitazione e, quindi, obbligo. Ripeta la istanza alla Direzione regionale del servizio sanitario di detta Istituzione.

(5490) *Servizio militare.* — Il dott. L. G. da S. chiede conoscere se avendo la Prefettura ritardato a fare le pratiche del di lui esonero dal servizio militare come unico medico condotto, possa il Sindaco ottenere il congedamento in tale qualità.

Dal momento che già trovasi sotto le armi è inutile esperire altra pratica per ottenere l'esonero, giacchè in tempo di mobilitazione è sospeso qualsiasi congedamento. Osserviamo, però, che non doveva la Prefettura rendersi in tal caso parte diligente, ma bensì il Sindaco, il quale ha l'obbligo di rilasciare il prescritto certificato, farlo vidimare dalla Prefettura e consegnarlo allo interessato, il quale lo deve esibire al Distretto militare nel giorno della chiamata. Ora, ripetiamo, qualsiasi pratica riuscirebbe infruttuosa.

(5491) *Servizio militare. - Rapporti economici col Comune.* — Il dott. C. S. da S. desidera conoscere se il Decreto Luogotenenziale riguardante il cumulo degli stipendii colpisca pure i medici condotti chiamati sotto le armi e se, nella affermativa, annulli l'articolo del suo capitolato che dice: In caso di chiamata sotto le armi la supplenza resta a carico del Comune.

Il Decreto Luogotenenziale di sopra indicato non si applica direttamente agli impiegati dipendenti dal Comune, ma bensì solo agli impiegati governativi ed ai maestri. Però i Comuni che adottarono le norme precedentemente in vigore e più favorevoli, per detti impiegati, si avvalgono ora, e non senza ragione, delle modificazioni introdotte dal Governo pei suoi dipendenti, allo scopo di risparmiarsi un onere abbastanza rilevante. Riteniamo, per altro, che le nuove disposizioni non possano modificare l'articolo del capitolato di sopra enunciato secondo cui l'onere della supplenza, durante il servizio militare resta a carico del Comune.

(5492) *Sessennio.* — Il dott. abbonato n. 1805 desidera conoscere da quale epoca comincia a decorrere il diritto al sessennio essendo stato nominato medico condotto ed assunto servizio nel 1909 ed essendo stato il capitolato, che ne afferma il diritto, approvato nel 1911.

Il capitolato approvato nel 1911 si riferisce evidentemente al concorso bandito ed espletato nel 1909. Epperò esso retrotrae la sua efficacia all'epoca in cui Ella assunse il servizio. Non trattasi, invero, di modifica ad un capitolato esistente per cui l'efficacia si determina dalla data di approvazione, ma di un capitolato nuovo destinato a disciplinare il concorso a suo tempo bandito, per cui l'efficacia deve protrarsi all'epoca della immissione in carica del nuovo condottato. Ella, quindi, ha diritto al sessennio dal 1909.

(5493) *Servizio militare.* — Il dott. L. C. da C. desidera conoscere se effettivamente i Comuni sono tenuti a seguire a riguardo dei proprii impiegati chiamati sotto le armi le disposizioni contenute nel Decreto Luogotenenziale riguardante gli stipendii e se un medico condotto ritornando dal fronte in congedo abbia l'obbligo di riprendere il servizio di condotta, per cui riceve ancora l'intero stipendio.

I Comuni furono invitati ad adottare a riguardo degli stipendii dei proprii impiegati richiamati sotto le armi disposizioni analoghe a quelle allora in vigore per gli impiegati governativi. Essendo queste ultime state recentemente modificate, i Comuni si sono creduti in diritto di modificare le proprie in conformità. E ciò per evitare un notevole aggravio alle loro finanze. Essendo in congedo non cessa di appartenere all'Esercito e di essere a continua e costante disposizione dei proprii Capi e Superiori. Ciò stante, non può essere obbligato durante tale periodo ad eseguire il servizio di condotta, non ostante le fosse all'uopo corrisposto l'intero stipendio.

(5494) *Concorso medico-chirurgico.* — Il dottor A. F. da T. P. espone che avendo preso parte nello aprile scorso ad un concorso per medico condotto, si è visto solamente ora restituire i documenti con la seguente lettera:

« Non avendo la S. V. presentato nuova domanda pel secondo concorso, l'on. Commissione giudicatrice non ha potuto provvedere alla di Lei graduatoria fra i concorrenti ». Chiede conoscere se l'amministrazione comunale prima di bandire il nuovo concorso dovea notificargli l'esito negativo del primo, e se, ritenendo an-

che per la seconda prova i documenti, avrebbe dovuto invitarlo in tempo a ripetere la domanda.

Ella ha ragione. In tempo debito il Comune avrebbe dovuto farle conoscere l'esito del precedente concorso ed avendo illegalmente trattenuti i documenti fino al termine della seconda prova, avrebbe potuto e dovuto richiedere la produzione della nuova domanda. Ella ha, quindi, diritto a rifazione dei danni derivatigli dall'operato della amministrazione municipale, che può all'uopo citare dinanzi la competente autorità giudiziaria.

(5495) *Vendita di fasce, garza, cotone, ecc.* — Al Dott. P. C. da L. diciamo che la vendita delle suindicate sostanze è libera a tutti.

(5497) *Ricchezza mobile.* — Il dott. V. Z. da C. chiede conoscere se era tenuto a pagare la R. M. sul reddito di lire 330 guadagnato nel 1913 facendo un mese di supplenza in un Comune vicino, ove avea fatto il patto di lire 11 al giorno.

Siccome non era specificato se il compenso di lire 11 al giorno si dovesse intendere al netto di R. M. e poichè, in mancanza di speciale patto contrario, ogni stipendio od assegno deve ritenersi gravato di R. M. e, quindi, al lordo, riteniamo che Ella non possa sfuggire dal corrispondere la imposta, cui l'hanno assoggettata.

(5498) *Ricchezza mobile.* — Il dott. G. P. da P. desidera conoscere quale R. M. ricade annualmente sullo stipendio di lire 4500, se l'agente delle tasse può considerare come ammontante a lire 700 anzichè a lire 800, l'indennità cavalcatura e se sono tassabili le lire 100 che si riscuotono per assegno di ufficiale sanitario.

Sullo stipendio di lire 4500, comprese le indennità speciali, pagherà l'annua tassa di R. M. di lire 388,12 oltre l'aggio all'esattore che varia da Comune a Comune. L'agente non può ridurre l'ammontare di alcun cespite di entrata, ma deve tassarli tutti nella misura denunziata dal contribuente, od accertata di ufficio. Anche la indennità che si riceve come ufficiale sanitario è soggetta alla tassa di R. M.

(5499) *Servizio militare.* — Il dott. G. M. da A. desidera conoscere se il Comune può negargli lo stipendio dal giorno in cui si è presentato sotto le armi e se può seguitare ad esercitare la carica di medico condotto, trovandosi in servizio nello stesso Comune di sua residenza.

Il Comune deve corrisponderle lo stipendio solamente per i primi due mesi a decorrere dal giorno in cui si è presentata sotto le armi. Non è tenuto a corrisponderle lo stipendio per la intera durata della guerra, perchè anche lo Stato ha recentemente mutato trattamento verso i proprii impiegati. Non ostante trovisi a prestar servizio militare nel medesimo Comune di residenza, non può riprendere le funzioni di medico condotto, essendo il detto servizio incompatibile con qualsiasi altro impiego civile.

(5500) *Levatrice.* — Il dott. F. di N. da N. desidera conoscere se una levatrice dopo nove anni di servizio acquista la stabilità e contro il pronunziato licenziamento a quale autorità si possa ricorrere.

La levatrice non acquista mai la stabilità. Contro il licenziamento pronunziato dal Consiglio comunale si può ricevere in linea contenziosa alla G. P. A. ai termini dell'articolo 1°, n. 12, della legge sulla giustizia amministrativa.

(5501) *Perizie giudiziarie.* — Al dott. abbonato n. 7389 rispondiamo che contro la tassazione della perizia può ricorrere al Tribunale, indirizzando il relativo ricorso al Presidente. Non vi è norma legale per la tassazione delle perizie, che dipende dal criterio di coloro che stabiliscono il compenso. Nella valutazione del compenso deve certamente aver valore il fatto di esser stato terzo perito e, quindi, relatore.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

BOMASCO-ZECCONE-CERANOVA (*Pavia*). — Concorso medico chirurgico; L. 4686. Domicilio a Bomasco. Scadenza 15 settembre.

CANNETO PAVESE (*Pavia*). — Abit. 2345. Condotta piena in collina. Stipendio 5000 lire lorde. Tre aumenti sessennali del decimo. Documenti di rito. Scadenza 25 settembre.

CHIUSI IN CASENTINO (Arezzo). — Condotta residenziale; lorde L. 4502, per due sessenni: in caso di rinunzia al congedo L. 350. Scad. 30 settembre.

GRAGLIA-MUZZANO (*Novara*). — Condotto per poveri (circa 80); L. 1200; indennità di supplenza L. 250; quale U. S. L. 150; da Enti locali L. 450. Scadenza 30 settembre.

LODÈ (*Sassari*). — Condotta; L. 4000. Scadenza 15 settembre.

NEIVE (*Cuneo*). — Seconda condotta; L. 1600 lorde e L. 100 per indennità supplenza. La nomina è per tutto il periodo della guerra e sarà titolo validissimo per la nomina definitiva. Dom. e doc. d'uso. Scadenza 1° ottobre.

PALMIRA (*Basilicata*). — Condotta medico-chirurgica pei soli poveri. L. 1500, lorde. Età non superiore agli anni 40. Scadenza 30 settembre.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta per Nuvolato. Scad. un mese dal 18 agosto. L. 3000 lorde e tre sessenni pei poveri, compenso dagli abbienti; L. 600 per carrozza e cavallo. Servizio entro 15 giorni.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Cercansi medici assistenti liberi da obblighi militari. Rivolgersi alla Direzione medica.

VILLENEUVE (*Torino*). — Medico consorziale; L. 2500 lorde; indennità L. 200. Scad. 15 sett.

VALLERMOSA (*Cagliari*). — Medico poveri; L. 2300 lorde; generalità L. 1250 lorde; U. S., L. 300; tenuta armadio, L. 150. Scad. 30 sett.

Dal Municipio di Forno di Canale (Belluno) cercasi medico-condotto interino-consorziale con Falcade e Vallada, esente od esonerato da servizio militare, disposto assumere il posto quanto prima. Stipendio giornaliero L. 25 nette e rimborso spese viaggio qualora dovesse rimanere circa 4 mesi. Per altri schiarimenti rivolgersi al Municipio.

**Sono segnati con un asterisco * i concorsi che ci risultano diffidati, con due asterischi ** i concorsi che ci risultano boicottati dalle Associazioni Sanitarie Professionali.**

*Diffide e boicottaggi*:

Nuova diffida: Crissolo-Ortana (Cuneo).
Revoca di diffida: Canneto Pavese (Pavia).
Il presidente della Sezione Gallaratese dell'A. N. M. C., dott. Arsuffi ed il presidente del Comitato Lombardo dell'A. N. M. Osp., dott. G. Forlanini, a nome delle rispettive Associazioni, hanno deliberato di boicottare il concorso al posto di direttore dell'Ospedale Casati di Passirana.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

### Nel Corpo Sanitario militare.

*Ufficiali in servizio attivo permanente.*

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Marini cav. Ernesto, Spina cav. Vincenzo, Piergianni cav. Vincenzo, Mombello cavalier Ernesto.

Primi capitani medici promossi maggiori medici: Iacono Francesco, Annaratone cav. Carlo, Pavia Caliman, Miraglia cav. Eustachio.

Tenenti medici promossi capitani medici: Ara Achille, Viggiano Alfredo, Noce Giovanni, Ferrari Giovanni, Grillo Girolamo, Cogliati-Dezza Giuseppe, Picazio Antonio, Perilli Giovanni, Ippoliti Arnaldo, Mignemi Francesco, Binaghi Alberto, Corcioni Corradino.

*Ufficiali in posizione di servizio ausiliario.*

Colonnello medico promosso maggiore generale medico: Susca cav. Domenico.

Tenente colonnello medico promosso colonnello medico: Cherubini-Giammaroni cav. Orlando.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Infelise cav. Giuseppe, Sclavo cavalier Luigi, Cusani cav. Martino, Sulliotti cav. Efisio, Tucci cav. Filippo.

*Ufficiali di riserva.*

Tenente colonnello medico promosso colonnello medico: Citanna cav. Nicola.

Maggiori medici promossi tenenti colonelli medici: Quirico cav. Giovanni, Lucciola cavalier Gio. Giacomo, Gassi cav. Francesco, D'Amato cav. Carmelo, Tapparini cav. Cesare, Iorio cav. Luigino, Bogi Ernesto, Cacchione cavalier Francesco, Bargoni cav. Attilio, Pascale cav. Alberto, Traversi cav. Leopoldo, Mele cavalier Ascanio, Dettori cav. Angelo, Sticco cav. Antonio.

*Ricompense al valor militare ed onorificenze suppletive per la campagna di guerra in Libia.*

Medaglia d'argento in commutazione della medaglia di bronzo già conferita: Forti Igino, Sanna Attilio, Orlandi Nino, Ingravalle Alfredo.

Medaglia di bronzo in commutazione dell'encomio solenne già conferito: Tomaselli Vito, Tangheroni Dante, Scotti di Uccio Domenico, Bartolone Gioacchino, Salvatore Luigi, Saija Paolo, Sarto Vittorio.

Encomio solenne: Loscalzo Vito.

Cavaliere dell'Ordine della Corona d'Italia, Piazza Beniamino, Malabarba Pietro.

### Per i nostri soldati.

*La lotta contro gli escrementi.* — Nelle trincee di prima linea una elementare prudenza consiglia a non uscirne per deporre gli escrementi; in tal caso è consigliabile l'uso di mastelli che funzionino da latrine mobili. Questa semplice misura vale ad impedire la diffusione delle malattie gastro-intestinali.

*Contro le mosche.* — Seppellire profondamente cadaveri e carogne; altrimenti vi nidificano in copia le mosche, se la temperatura non è molto bassa. Possibilmente cospargervi calce viva o cloruro di calce.

Ridurre nei limiti del possibile le cause di sporcizia (residui di cibi ed escrementi sparsi all'aperto).

*Contro gl'insetti parassiti.* — Vengono uccisi immediatamente dall'olio o dal petrolio, i quali ne ostruiscono stabilmente le trachee. Invece la benzina evapora, dopo di che segue quasi sempre la reviviscenza. Efficace è la formalina diluita (10 %).

*Come asettizzare le gamelle.* — Sul fronte le gamelle vengono ripulite assai imperfettamente, tutt'al più per mezzo di erbe secche o di carta; esse esalano un tanfo sgradevole, ed i residui corrotti dei cibi che vi restano aderenti, mescolandosi al rancio, lo inquinano e sono causa di penosi disturbi della digestione. Per asettizzare le gamelle basta versarvi un po' d'alcool e darvi fuoco: il sudiciume resta ma diviene innocuo.

*Difesa contro il freddo.* — La lana dei materassi può utilizzarsi in modo semplice imbottendone abiti, maglie, sacchi per dormire, ecc.

*Protezione del cranio.* — Invece degli elmi di acciaio, i quali non sono ancora in commercio, possono usarsi delle calotte di cuoio che qualunque calzolaio o sellaio sarebbe in grado di fabbricare V.

# *NOTIZIE DIVERSE.*

**Sui campi dell'onore.**

Il dott. Sante MAGNANI, di Reggio Emilia, è caduto mentre in un posto di primo soccorso medicava i feriti, fatto segno — pare — contro ogni uso di guerra civile ai colpi nemici.

Il dott. Bartolo MAZZOTTO, che avevamo dato come disperso in Libia, risulta invece caduto in uno scontro con gli arabi ribelli.

**La sanità pubblica durante la guerra.**

Con recente decreto luogotenenziale, su proposta del presidente del Consiglio on. Salandra, sono state approvate disposizioni di carattere eccezionale pei servizi di sanità pubblica durante il periodo della guerra.

Con questo decreto luogotenenziale sono stati resi esecutori alcuni provvedimenti i quali tendono ad assicurare fino alla conclusione della pace l'assistenza sanitaria e la tutela della pubblica salute, ove per ragioni eccezionali, dipendenti dallo stato di guerra, la normalità dei servizi venisse ad essere alterata.

Essi tendono principalmente:

1° ad assicurare nei Comuni i servizi di assistenza medico-chirurgica e quello di profilassi contro le malattie infettive, dando ai prefetti e al ministro dell'interno la facoltà di provvedere anche in modo coattivo;

2° ad autorizzare all'esercizio di profilassi sanitarie i cittadini italiani rimpatriati o profughi muniti di diplomi esteri;

3° a rendere più spedita e agile, senza danno dei privati, l'occupazione di stabili e l'esecuzione di lavori occorrenti per la tutela della pubblica salute;

4° a dare ai prefetti, ove ne sorga il bisogno, ampie facoltà per l'accertamento, l'isolamento e la cura dei casi di malattia infettiva;

5° a rendere più facili le deliberazioni dei Consigli provinciali sanitari, riducendo il numero dei presenti necessario per la legalità delle sedute;

6° a semplificare le norme di contabilità nei lavori e nelle provviste di materiale.

Al servizio di assistenza medico-chirurgica, dove non possa essere altrimenti assicurato, il prefetto ha facoltà di incaricarne uno o più medici-chirurgi condotti o liberi esercenti inscritti nell'albo di uno degli Ordini del Regno.

L'incarico sarà obbligatorio per chi ne è investito.

Allo stesso modo sarà provveduto per il servizio di assistenza e vigilanza zooiatrica.

Ogni medico-chirurgo inscritto negli albi è tenuto a prestare la propria opera in qualsiasi comune al quale sia destinato da un prefetto o dal ministro dell'interno, per prevenire o combattere la diffusione di malattie infettive. Contro tali destinazioni non è ammesso alcun gravame.

Ai cittadini italiani, rimpatriati o rifugiati nel Regno, in occasione ed in conseguenza della guerra, muniti di diplomi esteri per l'esercizio di professioni sanitarie, sarà concesso di esercitare la professione cui sono abilitati.

Sono inoltre fissate altre disposizioni per l'isolamento coattivo degli uomini e degli animali colpiti da malattie infettive, per la legalità delle adunanze dei Consigli provinciali sanitari e per le provviste d'urgenza di materiali per l'organizzazione e per il funzionamento di servizi sanitari.

Un'ordinanza del Comando Supremo stabilisce che per lo spostamento di bestiame fuori del territorio dei comuni occupati è fatto obbligo agli interessati di munirsi di un certificato di origine da rilasciarsi dalla autorità comunale, attestante che gli animali provengono da località immune da malattie infettive.

**Mobilitarizzazione dei medici borghesi.**

Si sta esaminando l'importante problema della mobilitarizzazione temporanea dei professionisti borghesi, medici e chirurgi, per dare un assetto razionale al servizio che questi sono chiamati a dare negli ospedali militari in qualità di sanitari assimilati. A ciò consiglia la necessità dimostratasi imprescindibile di stabilire precise responsabilità, ed anche precisi diritti per il buon andamento sanitario tecnico, e sanitario disciplinare, ai liberi professionisti che facendo rinunzia a tanti privati interessi, hanno corrisposto alla chiamata del Governo per la prestazione dell'opera loro negli ospedali militari. Sembra che la mobilitarizzazione, iniziatasi con un decreto luogotenenziale, sarà stabilita su criteri simili a quelli che hanno già trionfato all'estero con ottimi risultati.

**La vaccinazione anticolerica obbligatoria per i militari.**

La «Gazzetta Ufficiale» pubblica il seguente decreto luogotenziale in data 22 agosto:

Art. 1. — La vaccinazione anticolerica è obbligatoria nell'esercito e nell'armata con le modalità da stabilirsi in apposite istruzioni rispettivamente dai ministri della guerra e della marina, d'accordo con quello dell'interno. Può essere dichiarata obbligatoria con ordinanza del Ministero dell'interno per determinate categorie o gruppi di persone nella popolazione civile.

Art. 2. — Sarà adoperato il vaccino preparato dal Laboratorio batteriologico della Direzione generale della Sanità pubblica o da altri istituti all'uopo legalmente autorizzati.

Art. 3. — L'onere della spesa graverà pei militari sulle Amministrazioni cui appartegono i Corpi da vaccinare e per la popolazione civile starà a carico del bilancio del Ministero dell'interno.

**Misure sanitarie per i prigionieri austriaci.**

L'«Agenzia delle notizie» reca: La Direzione generale della Sanità ha istituito in alcuni punti di confine, di accordo con l'autorità sanitaria militare, degli ospedali contumaciali per i prigionieri austriaci, sospetti d'infezione colerica o portatori di colera, di tifo e di vaiuolo. Qualcuno di questi ospedali sarà anche impiantato in qualche importante centro d'Italia, ed anche a Roma se ne vuole fare l'esperimento.

**Denuncia obbligatoria della dissenteria.**

Il Prefetto della Provincia di Napoli, considerata l'importanza dell'infezione dissenterica, la facile sua diffusibilità ed i rapporti che con

essa talora possono intercedere con fomiti varii di insalubrità, che, conosciuti a tempo colla denunzia dei primi casi, possono essere rimossi, impedendo così l'ulteriore diffusione del contagio; Visto l'articolo 129 del Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45. Ordina: È resa obbligatoria da parte dei medici esercenti al Sindaco ed all'Ufficiale Sanitario e rispettivamente al Prefetto ed al Medico provinciale la denunzia immediata dei casi accertati od anche sospetti di dissenteria. Contro i contravventori si provvederà a norma dell'art. 123 del Testo Unico delle leggi sanitarie, 1° agosto 1907, n. 636.

### Colera e tifo esantematico.

L'« Agenzia Stefani » comunica:

« Si annunzia ufficialmente che il colera ed il tifo esantematico hanno assunto negli imperi centrali una sensibile diffusione.

Secondo dati ufficiali, i casi di colera constatati nell'impero austro-ungarico negli ultimi venti giorni del decorso luglio ascendono a 7427 con 3295 decessi. Particolarmente colpita è la Galizia e casi della malattia si sono verificati anche nel territorio di Trieste, nella Carinzia e nella Carniola.

Anche nella Germania, secondo risulta ufficialmente, si sono di recente accesi numerosi focolai di colera.

Di tifo esantematico, nel periodo 4 luglio-14 agosto furono denunziati nella sola Austria ben 1885 casi, mentre in Germania la malattia risulta diffusa sopratutto nei campi di concentramento dei prigionieri di guerra ».

### Il colera in Germania.

Si ha notizia da Zurigo, 2 settembre:

I giornali tedeschi pubblicano oggi nuovamente un avviso al pubblico invitandolo alla calma. Sono avvenuti dei casi di colera ma non si deve parlare di epidemia; i casi si sono verificati nei campi di concentrazione e si è già provveduto ai necessari isolamenti.

Un soldato di Breslavia, morto di colera, si è bagnato nell'Oder e l'acqua è perciò rimasta infetta (?!). Solo per questo, dicono i giornali, le acque dell'Oder non debbono essere adoperate.

Secondo il « Lokal Anzeiger », si sono prodotti casi di colera a Breslavia, a Wurtemberg, a Wuttenwald, a Francoforte sull'Oder.

### Posto di disinfezione pei treni ospedali a Milano.

Ha cominciato a funzionare allo Scalo merci di P. Garibaldi a Milano un posto di disinfezione al servizio dei treni ospedali, stabilito in un grande locale messo a disposizione della Direzione delle Ferrovie e sorto per iniziativa dell'Associazione disinfettatori diplomati di Milano che ne cura il funzionamento.

All'inizio dei lavori hanno presenziato il colonnello D'Angelatonio della Sanità militare, il conte Gritti Morlacchi della Croce di Malta, ed i maggiori Pini e Segre della Croce Rossa, nonchè molti ufficiali. Il prof. Bordoni Uffreduzzi, medico capo del Comune di Milano, che aveva visitato in precedenza il posto, mandò una lettera lodando anche l'impianto stesso. Erano presenti come rappresentanti l'Associazione disinfettatori il presidente dott. cap. Arcelaschi, il direttore tecnico signor Vittorio Maragnoli ed il procuratore generale e direttore amministrativo rag. Emanuele Maroni.

### Per il trasporto dei feriti.

Un comunicato ufficiale annunzia che da qualche giorno circolano, pel trasporto dei feriti dal fronte ai diversi ospedali da campo e da questi ai treni della Croce Rossa, delle vetture automobili veramente comode ed assai adatte allo scopo. In ogni vettura sono disposti quattro letti che si possono togliere e rimettere con la massima facilità. Come è noto, i letti degli ospedali sono identici a quelli che si trovano nei treni della Croce Rossa: e tanto gli uni che gli altri sono facilmente trasportabili. Così, il ferito parte dall'ospedale nel suo lettino che vi - ne deposto nella vettura automobile, e da questa portato nel treno della Croce Rossa. Ormai sono scomparsi del tutto gli incomodi carri e birocci sui quali venivano trasportati i feriti nei primi giorni della guerra. Le vetture automobili poi sono disposte in modo da potervi adattare sedili pel trasporto dei feriti meno gravi. Stanno anche scomparendo i cosidetti treni attrezzati adibiti al trasporto dei feriti. Anch'essi davano luogo a molti inconvenienti, ed il provvedimento è molto lodato.

### Un appello a nome del Comitato Regionale Sanitario Napoletano.

Il prof. Pasquale rivolge ai direttori di ospedali civili questo patriottico appello che troverà eco in quanti sentono l'altezza della missione sanitaria in questo momento:

« Signori direttori ed aiuti degli Ospedali civili e militari. Nell'assumere oggi la direzione del Comitato sanitario regionale del X ed XI Corpo d'armata, affidatami dal Governo del Re, porgo il saluto deferente alla S. V. ed ai colleghi, che da lei dipendono. Ad accettare il grave e difficile compito del coordinamento dei servizii ospedalieri cui si collegano gravi e complessi problemi scientifici ed economici, mi hanno indotto il sentimento del dovere, cui mai venni meno, e la fiducia di poter fare largo assegnamento sulla benevolenza e sul concorso efficace di colleghi, cui mi stringono saldi legami di lunga vita scientifica e di lotte feconde insieme combattute. Potremo, in tal guisa, raggiungere lo scopo che a buon diritto il Paese esige dalla nostra classe, la quale educata alla scuola del dovere, logora quotidianamente la propria esistenza al fine nobilissimo dell'assistenza sociale. Questo elevato sentimento di altruismo con serena tranquillità ci spinge oggi nelle prime linee della mischia travolgente, così come ci guidò ieri attraverso le macerie pericolanti di convulsi moti tellurici o lo imperversare di terribili flagelli umani. Ma perchè quest'opera sia veramente feconda dovranno sempre più cementarsi la concordia e l'unità di propositi che molto agevoleranno il mio compito. Col comune ausilio, coi reciproci suggerimenti e con salda disciplina potremo lottare contro la fatale incongruenza della società civile, per cui, di fronte alla difficile e sapiente opera, diretta a proteggere ed a prolungare, sia pure di un'ora sola, la vita umana, s'erge mi-

naccioso il folle rincorrersi nella creazione di nuovi e più terribili mezzi di distruzione! In tale concordia d'intenti ed in tale lavoro fecondo io sarò con fede esempio tenace e guida volenterosa.

Napoli 15 agosto 1915.

Prof. GIOVANNI PASCALE ».

**Per la fabbricazione del cloroformio.**

Con decreto luogotenenziale 8 agosto 1915 n. 1269, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 28 agosto (n. 214), l'industria della fabbricazione del cloroformio è stata ammessa a godere, fino al termine della presente guerra, delle agevolezze consentite all'alcool adulterato, sotto l'osservanza delle condizioni che saranno stabilite dal Ministero delle Finanze.

Questa disposizione richiama gli articoli 48 e seguenti del testo unico delle leggi sugli spiriti, approvato con R. decreto 16 settembre 1909, n. 704, nonchè le modificazioni apportatevi con la legge 8 giugno 1913, n. 572, e col R. decreto 31 dicembre 1913, n. 1392; e gli articoli 118 e seguenti del regolamento 22 novembre 1909, n. 762, per l'applicazione dell'anzidetto testo di legge.

**Una difesa metallica contro le ferite del cranio.**

I soldati francesi vengono ora protetti contro le ferite del cranio da una calotta metallica che si porta sotto il kepì. Pare che questo mezzo di protezione si sia dimostrato abbastanza efficace. Su 55 casi di ferita del capo che Devraigne ha presentato all'Accademia di medicina, 42 furono ricevute da uomini che non avevano il cranio protetto ed hanno prodotto 29 fratture del cranio e 19 ferite interessanti il cuoio capelluto. Negli altri 13 casi il cranio era protetto dalla calotta metallica, e fra essi si contano 8 commozioni cerebrali e 5 ferite superficiali, ma non una frattura. Non resta che portare perfezionamenti a questa calotta metallica, perchè, ad esempio, possa adattarsi alle diverse conformazioni della testa, riducendo al minimo gli inconvenienti di cui potrebbero lamentarsi i soldati.

A questo riguardo si ha da Nizza Marittima, 4:

I nuovi elmi per la fanteria, gl'indispensabili copri-capo testè adottati dal Ministero della guerra per l'esercito francese, cominciano a fare la loro apparizione. Essi sono un eccellente preservativo contro la mitraglia e gli scoppi d'obici. Siccome essi hanno già dato ottimi risultati sul fronte di guerra, il Governo francese ne ha inviato una serie di campioni in prova, tanto all'esercito italiano, come a quello inglese.

**Croce Rossa anglo-americana.**

L'8 corr. è giunto nel porto di Napoli il piroscafo « Romania » proveniente da Salonicco, con a bordo un reparto della Croce Rossa angloamericana proveniente da Nisch.

**Corso d'istruzione di servizio di sanità.**

Una squadra di trenta militi dell'Assistenza pubblica milanese, al comando del capo squadra signor Belia, è partita per Arona con l'equipaggiamento completo di campagna e col materiale necessario per un corso d'istruzione di servizio di sanità da campo. Con tale corso l'Assistenza pubblica milanese completa la preparazione di suoi militi per le necessità dei servizi di guerra cui ogni giorno è chiamata anche dall'autorità militare.

**La polizia annonaria a Roma.**

La sagace proposta fatta all'Amministrazione comunale dal prof. Tito Gualdi, ufficiale sanitario, direttore dell'Ufficio d'igiene, per l'istruzione di un gruppo di guardie municipali, addestrate ed istruite a servizi d'igiene in coadiuvazione degli ispettori per alcuni servizi, ha avuto esplicazione favorevole e vantaggiosa.

Tali agenti, per ora in numero limitato, scelti fra le guardie ed istruiti particolarmente sull'applicazione razionale del regolamento d'igiene, e muniti di un bracciale distintivo, sono addetti specialmente alla sorveglianza sui mercati di rivendita, alla pulizia del suolo pubblico e dei cortili delle abitazioni, alla protezione dei generi alimentari in vendita, sia ambulantemente che nei mercati, alla loro commerciabilità, alle vendite ambulanti irregolari e non autorizzate, alle sorprese di macellazioni clandestine o frodi in genere di carni, e ad altre mansioni che riflettono l'osservazione del vigente regolamento d'igiene.

**Nuovo bagno municipale a Milano.**

Per iniziativa dell'assessore all'igiene dottor E. Veratti, l'Amministrazione comunale di Milano studia il progetto di un nuovo bagno pubblico, più grande e più completo dei due finora esistenti.

Il nuovo bagno sorgerà nel quartiere ad est della città nella vasta zona popolare che va sviluppandosi rapidamente fra l'Acquabella e il rondò di Loreto.

Comprenderà bagni e docce in camerini separati, sale collettive per docce, vasche da nuoto per l'estate e per l'inverno. Vi sarà inoltre un impianto completo di idroterapia e balneoterapia, tale da mettere a portata delle classi meno abbienti quei presidi terapici che finora si mantengono un privilegio quasi esclusivo del ricco: idroterapia sotto tutte le forme, bagni gassosi, massoterapia, inalazioni. Vi saranno sale di ginnastica principalmente per la ginnastica svedese, sale di riunione, ecc.

**Asilo elioterapico.**

A Livorno, sulla spianata dei Cavalleggeri, è avvenuta l'apertura ufficiale dell'Asilo elioterapico marino « Regina Elena », presenti tutte le autorità.

L'asilo è sorto per iniziativa del sindaco conte Orlando a cura del Comune e serve specialmente ai figli dei richiamati e ne accoglie già oltre 300.

S. M. la Regina, plaudendo alla provvida iniziativa, concesse che l'Asilo s'intitolasse al suo nome.

Parlarono applauditissimi il sindaco, il prefetto comm. Gasperini e il sig. Camillo Poli, di Genova.

### Impressioni sugli ospedaletti da campo.

Il prof. Ettore Marchiafava, reduce dalla zona di guerra, ha pubblicato nella « Tribuna » alcune sue impressioni; riportiamo quelle che concernono gli ospedaletti da campo.

« Per cortese invito dei colleghi direttori, ho visitato qualche ospedale di feriti e di ammalati, e ovunque, l'impressione ricevuta è stata buona. Nelle sale anche meno spaziose non v'è l'ombra di cattivo odore; segno infallibile che la pulizia non è superficiale. Gli ammalati sono tranquilli, fiduciosi, sorridenti alle affettuose premure delle infermiere e dei medici, i quali tutti sono instancabili, pieni di abnegazione e di carità. Ne ho veduti che hanno lasciato posizioni e clientele invidiate, attendere con serenità al vasto lavoro, senza badare ad alcun pericolo.

« Fra i medici esiste emulazione nell'impiantare ospedaletti da campo. Uno di questi è stato creato in un'ex-caserma degli alpini, con sala di pronto soccorso, camera operatoria, camera di medicazione, sezione medica e sezione chirurgica, tende per isolamento, ecc. In questa trasformazione medici e soldati hanno fatto ogni mestiere: muratori, falegnami, fabbri, verniciatori, ecc. Ora sono tutti orgogliosi del loro ospedaletto che è fornito anche di un apparecchio Röntgen, di microscopio, ecc.

« In questi ospedaletti, se si ha tutto l'occorrente, che non potrebbe essere migliore, per l'esercizio della medicina e della chirurgia, difetta tuttavia ciò che costituisce il conforto per l'infermo e specialmente biancheria, maglieria, ecc. E quando giungono pacchi di biancheria, di indumenti di lana, caffè, thè, zucchero, biscotti, ecc. tutti i medici si uniscono per ringraziare in nome dei loro feriti, come figli dilettissimi ».

### I servizi sanitari militari in Francia.

In un'intervista concessa a Parigi ad un redattore della « Tribuna », l'on. prof. G. Sanarelli ha posto in evidenza i perfezionamenti che sono stati conseguiti nel corso di un anno dai servizi sanitari militari in Francia.

Sono relativi: alla difesa igienica; alle formazioni sanitarie del fronte, ove sono addetti chirurgi esperti; al trasporto dei feriti, pel quale rispondono bene la lettiga a deformazione del dott. Jay e sono impegnate 40 automobili-ambulanze, che verranno portate a 60; all'abolizione degli ospedali attendati del fronte, sostituiti da baracche a doppia parete, tipo Favaro o Robert; all'istituzione di ospedali ambulanti, ideati dal cap. medico Marcille, trasportabili in tre grossi furgoni-automobili, montabili in un'ora e che possono essere completati da servizi sussidiari su camions; alle automobili radiologiche, le quali rendono servigi preziosi; alle scuole per l'educazione professionale dei mutilati ed alle istituzioni per i ciechi; alla difesa invernale contro le intemperie; all'organizzazine generale dei servizi, da cui è stato bandito ogni intralcio burocratico.

### La mortalità per tubercolosi in Francia.

Considerando il paese nel suo complesso, la mortalità per tubercolosi in Francia da parecchi anni si mantiene stazionaria intorno alla cifra di 18 per 10,000.

A Parigi nei due ultimi decenni si è avuta una notevole diminuzione: infatti dal 40.9 per 10,000, media del quinquennio 1891-96, si discese a 34.2 nel 1911.

Una lieve diminuzione si ebbe pure nelle grandi città fra 100,000 e 500,000 abitanti: 28.1 per 10,000 nel 1891.95; 26.6 nel 1911.

Invece nelle città minori la mortalità per tubercolosi è venuta aumentando. Quinquennio 1891-95: città di 30-100,000 abitanti, 23.2; di 20-30,000 abitanti, 20.7; di 10-20,000 abitanti, 19.2; di 5-10,000 abitanti, 16.7. Anno 1911: città di 30-100,000 abitanti, 27; di 20-30,000 abitanti, 25; di 10-20,000 abitanti 23,4; di 5-10,000 abitanti, 18.7. Così la « Presse Médicale ».

### Per un mezzo busto al prof. Alfonso Giordano.

Come abbiamo già annunziato, il 14 luglio u. s. repentinamente cessava di vivere il prof. Alfonso Giordano di Lercara (Palermo). Egli onorò la patria sua con opera di scienza e carità.

Combattè sante crociate per la redenzione fisica dei lavoratori delle zolfare, acquistando per le scoperte fatte nel campo della medicina sociale, il meritato titolo di Ramazzini della Sicilia.

Per ricordare l'insigne scomparso, cuore nobilissimo, la civica rappresentanza del Comune, con deliberazione del 16 luglio u. s., ha stabilito di erigergli per pubblica sottoscrizione un mezzo busto, raccogliendo altresì a tale scopo le offerte di coloro che, interessati strettamente alle vicende dell'industria solfifera, si giovarono dell'opera sua redentrice delle fisiche e morali condizioni dei solfarari.

Le adesioni e le offerte sono da indirizzare al sig. G. Sartorio, sindaco di Lercara.

---

Si è spento a Ferrara il dott. cav. **Marco Luzzatto,** che dal 1882 fu medico primario dell'Ospedale civile di Venezia.

Contribuì a tener alta la coltura medica della città e dell'intera regione veneta, cooperando, più che trent'anni or sono, alla fondazione della *Rivista Veneta di Scienze Mediche,* di cui rimase poi unico Direttore, e a cui diede il maggior contributo delle sue forze e le ultime fatiche della sua operosa esistenza.

Nel congedarsi dall'Ospedale, inaugurando il corso 1911 della Scuola Minich, dedicò la sua prolusione (da noi riportata) al giornalismo medico; e in essa, ricca di dati e di concetti, svolse con giovanile energia tutto un programma di lavoro elevatissimo.

È morto a Firenze il prof. **Ugo Schiff,** di chimica generale. Egli lascia pregevoli lavori nel campo della chimica fisiologica.

Era nato a Francoforte sul Meno. Era fratello del fisiologo Maurizio. Fu uno dei fondatori della « Gazzetta chimica italiana ».

Socialista fervente, prese parte attivissima alla fondazione dell'Internazionale e fu uno dei fondatori dell' « Avanti! ». Avendo partecipato a moti rivoluzionari, fu costretto a fuggire dalla patria e riparò prima in Svizzera e poi in Italia.

---

## Rassegna della stampa medica.

*La Crón. Méd.*, mar. HERCELLES: La cisticercosi umana nel Perù. — BARTON: Dissenteria bacillare. — Apr. ODRIOZOLA: Cirrosi venosa del fegato di tipo ipertrofico.
*Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, 20 lug. RAPIN: Le cure preoperatorie in ginecologia. — PERRIER: Chirurgia di guerra.
*The Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, 15 lug. CHALMERS e PAPATHEODOROU: Somministrazione dell'emetina durante la gravidanza e la mestruazione.
*La Ginecol. Moderna*, mag.-ag. BOSSI: La manìa religiosa nelle nubili e nello stato puerperale. — PATELLANI: Eugenetica e guerra.
*The Boston M. a. S. Journal*, 15 lug. REYNOLDS: Le nuove vedute sul cancro. — COBB, PERCY, HUTCHINS: Sul cancro dell'utero.
*The Journal A. M. A.*, 17 lug. SWIFT: La terapia intraspinale della sifilide del sistema nervoso centrale. — WIENER e VOLFNER: Una reazione pupillare nell'artesiosclerosi. — ABBE: I raggi X nella cura dell'epitelioma da raggi X. — CARMAN e BALFOUR: Aspetti roentgenologici dell'ulcera gastro-digiunale.
*Boll. d. Mal. dell'Orecchio, ecc.* lug. CIAMPOLINI: Valutazione di danno lavorativo in caso di frattura delle ossa nasali.
*Ann. d'Ig. Sperim.*, I-II. MARCHIAFAVA: La vita e l'opera di Angelo Celli. — CASAGRANDI: La immunità passiva nel vaccino e nel vaiolo. — DE BLASI: Sull'igiene della lavorazione del tabacco. — PUNTIONI: Eziologia e profilassi del colpo di sole. — ZIRONI: Potere patogeno degli aspergilli.
*Il Morgagni* (Arch.), giu. DI BERNARDO: La condotta che deve tenere il chirurgo nella gangrena delle estremità. — VIGNOLO-LUTATI: Raggi Roentgen e radium nel cheratoma simmetrico ereditario. — CARRARO: Piliminzione. — VALTANCOLI: Malattia di Perthes.
*Gazz. d. Osp.*, 8 lug. CANTELLI: Eliminazione dell'indolo per la cute e le urine. — RUBINO: Caratteri del sangue rilevati ad una reazione cromogena.
*Il Lavoro*, 30 giu. AMAGLIA: Lo stato del cuore nei lavoratori dei campi.
*Paris Méd.*, 24 lug. Numero sulle malattie infettive in guerra: colera, dissenteria, tifo, meningite cerebro-spinale.
*La Presse Méd.*, 20 lug. JOURDAN e SICARD: Le lesioni dei nervi da ferite in guerra. — FIEUX e LEREMBOURE: L'immobilizzazione delle fratture degli arti inferiori in campagna. — LEGENDRE: Parassitologia sul campo.
*Giorn. Intern. d. Sc. Med.*, 31 lug. BACULO: Morti apparenti e morti improvvise dei bambini. — TORCINSKY: Meccanismo d'azione del pneumotorace terapeutico.
*La Pediatria*, ag. COZZOLINO: La febbre melitense nei bambini. — DE STEFANO: Rapporto etiologico fra idrocefalo cronico e sifilide ereditaria. — GATTI, BELLOMONTE: Reazione di Noguchi nella sifilide ereditaria.
*Rev. Clín de Madrid*, 15 lug. LORAND: Gl'inconvenienti del pane bianco. — URRUTIA: Sulla dilatazione acuta dello stomaco. — MAYORAL: È possibile la cuti-reazione della gravidanza?
*Pathologica*, 15 lug. FORNERO: Cultura placentare in vitro.
*Medic. Record*, 17 lug. FISCHER: Il sistema nervoso autonomo e le funzioni gastro-intestinali. — CASAMAJOR: Sulla natura delle neurosi. — RICE: Sulla diagnosi di paralisi generale. — 24 lug. STEIN: « Angina pectoris ». — WHITMAN: La chirurgia ortopedica.
*The Journal A. M. A.*, 24 lug. RAVOGLI: Il trattamento delle scottature. — DRENNEN: Chirurgia militare. — WILLIAMSON: Influenza dell'età e del sesso sull'emoglobina. — THOMAS: Tubercolosi del seno frontale.
*Brit. Med. Journal*, 31 lug. BLACK e altri: 685 osservazioni sull'avvelenamento da gas asfissianti. — BIRT e altri: La febbre da pappataci. — WALSHAM e AVEREND: Il movimento del diaframma nella tisi iniziale.
*La Rif. Med.*, 31 lug. FIORI: Lesioni sperimentali del vago intratoracico ed alterazioni della parete gastrica.

## Indice alfabetico per materie.



**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*

Anno XXII. **Roma, 19 settembre 1915** Fasc. 38

# IL POLICLINICO

**SEZIONE PRATICA**

*DIRETTORI:*
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



*Importantissimo nuovo Premio semigratuito per gli associati al «Policlinico».*

PROF. F. VALAGUSSA
Libero docente di Clinica Pediatrica nella R. Università, Medico Primario nell'Ospedale «Bambin Gesù» in Roma

**Consultazioni di clinica e terapia infantile**

**(con speciale riguardo alle malattie infettive)**

Il Prof. F. Valagussa, partendo dalle osservazioni fatte in un biennio di primariato nell'Ospedale infantile del Bambin Gesù, ha sintetizzato, per un gruppo di malattie, la sua esperienza clinica, spedaliera e professionale, offrendo ai medici delle consultazioni utili nell'intricata esplicazione dell'esercizio dell'esame e della cura dei bambini.

In queste prime consultazioni sono svolti i capitoli sulle malattie infettive ed in essi è in special modo curata l'esposizione dei metodi di ricerca più moderna ed i mezzi che le nuove conquiste della terapia permettono di praticare.

Un lungo capitolo è consacrato alle malattie gastro-intestinali della prima infanzia che, come è noto, sono le più comuni a riscontrarsi nella pratica e quelle che sono causa della maggiore mortalità dei bambini. In questo capitolo si troveranno esposti in maniera critica i concetti di patologia e di terapia più nuovi e più utili, sia per la profilassi che per la cura diretta delle gastroenteropatie infantili.

Altri capitoli isolati, riferentisi a svariate forme morbose e ad osservazioni anatomopatologiche, completano questo volume che ha un' impronta del tutto individuale e che rispecchia l'osservatore che offre ai colleghi quanto ha potuto ritrarre dall'esperienza di oltre tre lustri in fatto di malattie infantili.

Elegante volume in 16° di pag. VIII-304, nitidamente stampato, con 23 figure intercalate nel testo, L. **3,50.**

**Agli abbonati al *Policlinico* si spedisce per sole L. 2, franco di porto**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# CONFERENZE.

## Le moderne conquiste della clinica della malaria

per il prof. VITTORIO ASCOLI (1).

Anzitutto sento il bisogno di spiegare perchè abbia messo nel titolo la parola alquanto presuntuosa di *conquiste*.

Le conquiste in clinica assumono un significato alquanto diverso da quello che spetta loro nella scienza pura. Raramente in clinica sono l'espressione di una scoperta diretta: originano piuttosto da scoperte compiute in altri campi. La clinica, sotto l'influenza di esse, procede ad osservazioni nuove, le controlla su molti casi, le rassoda con esperimenti, assicurandone la precisione e il significato. Se parecchie di tali constatazioni si svolgono intorno ad un argomento, costituiscono un particolare modo di intendere una malattia o un gruppo di malattie, rappresentano adunque una conquista clinica. La quale si svolge per un processo sintetico che abbracica e fonde molti fatti analitici, spesso di varia natura ed origine.

(1) Il prof. Vittorio Ascoli dell'Università di Pavia ha esposto l'interessante argomento in una riunione di medici tenuta a Milano. Riproduciamo qui la parte sostanziale, omettendo l'introduzione e una breve necrologia del prof. Celli, il quale all'epoca della conferenza era da poco mancato ai vivi.

Le attuali conquiste nella clinica della malaria, riposano essenzialmente sull'applicazione alla clinica del reperto parassitario. Anzitutto nessun malarico dovrebbe essere diagnosticato e curato senza il controllo del reperto parassitario nel sangue. I dati biologici riferentisi alla vita del parassita governano l'evoluzione della malattia: la clinica moderna si plasma, per così dire, sulla biologia del parassita. Lo studio metodico, sistematico, come Baccelli ha insegnato, della temperatura presa ogni 2-3 ore, completa le nozioni cliniche.

Con questi fondamenti noi vedremo che in quel *caos* che Dutroulau nel 1840 affermava essere costituito dalle febbri di malaria e che ancora nel 1899 Mannaberg esplicitamente riconosceva, sono penetrati la luce, l'ordine, il ritmo. Questo mi propongo specialmente dimostrare stasera.

Davanti a un pubblico di medici, sarebbe peggio che superfluo trattare particolarmente delle proprietà biologiche del parassita della malaria.

Esso fu scoperto nel 1880 da Laveran in Algeria; fu illustrato nelle forme più comuni e clinicamente più importanti a Roma da Marchiafava e Celli; fu interpetrato nella sua evoluzione e distinto in specie da Golgi a Pavia. Golgi ebbe il grande merito di rilevare il rapporto che collegava una serie di forme, di riconoscere nel loro progressivo sviluppo un ciclo biologico. Il germe, penetrato nel globulo rosso, vi cresce, si pigmenta, si scinde (schizogenesi) in un certo numero di parti capaci di assumere vita indipendente (merozoiti). Come Marchiafava e Celli provarono il valore diagnostico del reperto di ematozoi, Golgi spiegò l'arcano del ricorrere *periodico* delle febbri, quando riconobbe che l'accesso insorge ad ogni schizogenesi. Spianò così inoltre la via alla ricognizione del posto che in natura spettava al parassita.

Lo sviluppo ciclico del parassita è la legge fondamentale della clinica della malaria. Essa si integra con la nozione che un certo numero di parassiti compie la propria evoluzione in modo quasi parallelo. La somma di questi individui a sviluppo contemporaneo costituisce una *generazione* di parassiti.

L'accesso febbrile, ch'è così caratteristico nella malaria per il modo brusco di insorgere e per la breve durata, succede tutte le volte che una generazione parassitaria sufficientemente forte arriva alla schizogenesi. Permettete che io affermi che l'accesso malarico si espleta in 24 ore: in questo tempo la temperatura si innalza con rapidità e con rapidità discende fino alla norma e anche al disotto. Mi riservo di dimostrare più avanti che un accesso di febbre malarica non dura più di un giorno.

Che cosa è questo accesso? Come si genera? Ad ogni schizogenesi, si versa in circolo una massa di merozoiti che in parte si dissolve e in parte prende sviluppo in globuli rossi nuovi. Nell'accesso si consumano i globuli rossi col parassita in schizogenesi, non solo, ma un largo numero di emazie non parassitifere. La febbre deriva anzitutto dalla dissoluzione di una parte dei merozoiti che sono passati in circolo e in seconda linea dal numero dei globuli rossi che si distrugge: è in genere più in proporzione dei globuli rossi che si consumano, che del numero dei parassiti che entrano in schizogenesi. L'attacco febbrile è quindi una specie di intossicazione chimica da sostanze proteiche. Può venire facilmente alla mente dei biologi il problema se e quanto al processo febbrigeno cooperi l'azione anafilattica promossa dall'immissione in circolo di tali sostanze a intervalli di tempo. Io ho tentati alcuni esperimenti, difficili e delicati, per provocare il trasporto di sostanze sensibilizzate da un malato all'altro, per determinare cioè l'anafilassi passiva: su tre esperimenti uno è riuscito favorevole e due assai incerti; altre ricerche non conosco. L'intervento di fenomeni anafilattici nell'accesso febbrile malarico per ora è quindi per lo meno ipotetico.

Il processo febbrile non è (Baccelli) accompagnato da fenomeni infiammatori; l'organismo rimane leso, sia per la perdita di sangue, sia per le alterazioni circolatorie e nutritizie di molti organi. I copiosi parassiti in circolo si fermano nei capillari degli organi, in ispecie di alcuni organi: milza, midollo delle ossa, cervello, rene. I parenchimi, in dipendenza del disordine circolatorio, e anche all'infuori di esso, presentano degenerazioni e necrosi più o meno profonde e diffuse. Da ciò una serie di fenomeni e sintomi, parte costanti ad ogni accesso, come anemizzazione, urobilinuria, ingrossamento della milza; parte accidentali, come albuminuria, disturbi nervosi, circolatori, intestinali, respiratori.

Vediamo così nella sua viva esplicazione la *legge fondamentale nella clinica della malaria, che ad ogni sufficiente schizogenesi segua, corrisponda, un attacco febbrile.*

Golgi ha descritto due specie di parassiti: quello della quartana in cui la schizogenesi ricorre ogni quarto giorno e quello della terzana in cui ricorre ogni terzo giorno. Marchiafava e Celli hanno aggiunto la descrizione di una terza specie di parassita, la quale, poichè presenta la schizogenesi ogni terzo giorno, merita an-

ch'essa il nome di terzana. I parassiti delle due specie di terzana sono differenti nella forma e negli effetti: distinguiamo però due specie di parassiti della terzana. Già gli antichi avevano perfettamente osservato che le terzane si presentavano, alcune miti, altre gravi e pericolose, e avevano descritto la *benigna* e la *maligna*.

Fig. 1. — Malaria recidiva (Quartana) - Tipo febbrile semplice o fondamentale.

Fig. 2. — Malaria recidiva (Terzana benigna) - Tipo febbrile semplice o fondamentale.

Questa classica distinzione noi riportiamo volentieri dalla clinica alla parassitologia. E riconosciamo tre specie di parassiti:

1° della quartana;

2° della terzana benigna;

3° della terzana maligna.

La legge fondamentale delle febbri malariche or ora esplicata si integra nella seconda: *ogni specie parassitaria, impiegando sempre lo stesso tempo a compiere il suo ciclo febbrigeno, cioè a raggiungere la schizogenesi, ogni accesso febbrile inizia a distanza di tempo fissa e costante dal precedente.* Gli accessi singoli, espletandosi in 24 ore, sono separati da un periodo di apiressia sempre uguale: le *febbri sono periodiche.*

Presento due curve febbrili: una di quartana, una di terzana benigna (figure 1 e 2).

Un così ritmico rinnovarsi degli accessi, quale mostrano le due grafiche (sono, come tutte le altre, riproduzioni precise di osservazioni cliniche mie personali) non potrebbe tenere che a una potente ragione biologica, estrinseca ai normali congegni vitali: deriva infatti dal ciclo di vita dei due parassiti che si tiene in-

defettibilmente costante. Lasciate che rimetta a più tardi la presentazione della curva della terzana maligna.

È più opportuno che io enunci la terza legge: *la malaria per lo più nasce multipla.* Di contro all'uso non uniforme nè determinato con cui singoli autori usano quest'aggettivo rispetto alla malaria, è necessario che precisi il concetto di *malaria multipla.* Dicendo che la malaria nasce multipla, intendo che quando i parassiti sono innestati e attecchiscono nell'organismo umano non si dispongono in una generazione unica, ma in più generazioni, le quali si sviluppano l'una accanto all'altra, parassitaria; quando si svolge con più generazioni di una specie parassitaria, quando, vale a dire, è multipla, offre *tipi secondari.*

Ai tipi primitivi febbrili della terzana e della quartana da noi esaminati, corrispondono *tipi secondari,* quando si hanno accessi nei giorni che la prima generazione lascia apirettici. La quartana avrà un tipo secondario, quando una seconda generazione entra in schizogenesi in uno dei due giorni liberi, o quando due generazioni li occupano ambedue, producendo una febbre *quotidiana.* La terzana benigna avrà un tipo secondario, quando un'altra generazione indurrà l'accesso nel giorno intervallare e darà

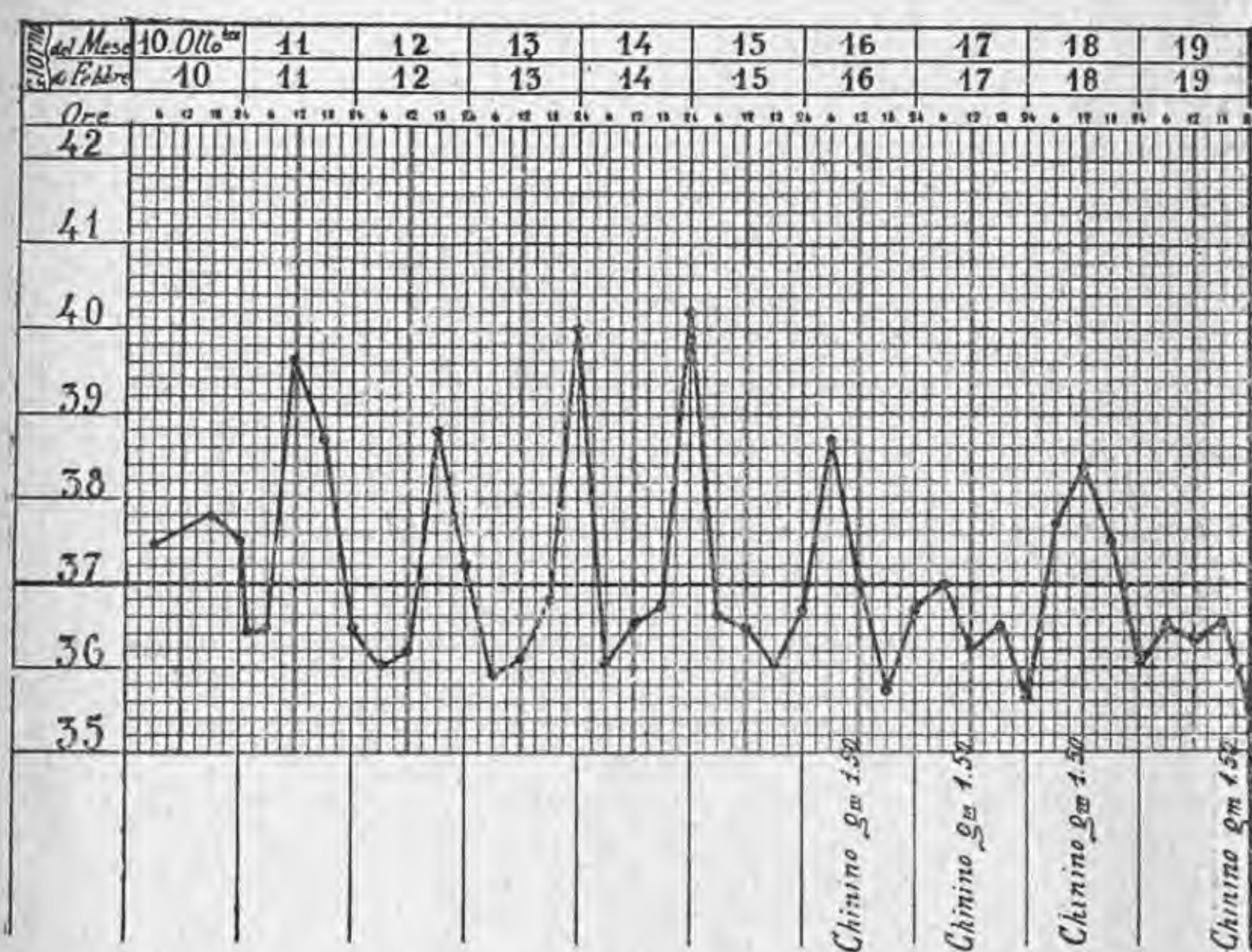



Fig. 3. — Malaria recidiva (Quartana).
Tipo febbrile secondario: tre generazioni parassitarie, accessi quotidiani.

Fig. 4. — Malaria recidiva (Terzana benigna).
Tipo febbrile secondario: due generazioni con accessi corrispondenti e disugua (febbre quotidiana).

lelamente. I parassiti si dispongono in due o tre generazioni, come a dire su due o tre file parallele. Ogni generazione, per svolgersi nel sangue circolante, ha bisogno di circostanze forse a noi non del tutto note: si può supporre che al parassita malarico in alcune tappe del suo sviluppo occorra un'atmosfera non febbrile; o veramente che, durante la febbre indotta da una generazione, si producano nell'organismo sostanze difensive contro la stessa specie di parassiti. Sta di fatto ad ogni modo che la malaria, nata quasi sempre con più generazioni, tende per sè stessa a ridurle a una sola. I parassiti, nell'evoluzione entro il nostro organismo, si organizzano prima in più generazioni, e poi si disciplinano in una generazione unica.

Quando la malaria arriva ad evolversi con una generazione, presenta il *tipo primitivo e fondamentale di febbre,* che corrisponde all'evoluzione del ciclo febbrigeno di una specie pa-

quindi luogo ad una febbre *quotidiana.* Già Golgi aveva sceverato la quotidiana da quartana tripla e la quotidiana da terzana doppia.

La febbre quotidiana è il tipo secondario più comune di febbre malarica.

Ora siamo forse in grado di abbordare il problema dei tipi febbrili della *terzana maligna.* Nel suo andamento, per lo più complesso e così grave da richiedere un pronto intervento terapeutico, essa è stata considerata per lungo tempo come la causa delle febbri irregolari da malaria: da essa era precipuamente generato quel *caos,* che era lamentato dagli autori. Noi vedremo, usufruendo l'esame del sangue per l'interpretazione delle curve termometriche, che anche la terzana maligna segue le leggi dei tipi febbrili. Ho la soddisfazione di aggiungere che le nostre interpretazioni corrispondono a pieno con quelle che i nostri vecchi, ma sagaci, osservatori, pur essendo sprovvisti di termometro e di microscopio, avevano descritto con fedeltà.

Abitualmente, nella terzana maligna, l'accesso febbrile si rinnova bensì ad ogni terzo giorno; ma il *periodo intervallare*, lungi dal decorrere apirettico, è occupato quasi per intero da febbre alta, che per lo più presenta una forte remissione. Poche ore dopo che la febbre è caduta, comincia, con scarsi sintomi, l'attacco successivo. Il quale si distingue perciò spesso poco bene. I vecchi maestri di clinica lo riconoscevano dal ritmico incalzare dei sintomi costanti ad ogni inizio della febbre; noi lo determiniamo anche con le misurazioni termiche a brevi intervalli. La terzana con febbre protratta era già stata descritta da Celso col nome di *tertiana notha, extensa,* e dai classici fu talvolta persino erroneamente separata dalle comuni febbri intermittenti.

È troppo fuggevole l'ora di una conferenza perchè io tenti anche sommariamente di fare la storia di questa terzana che fu battezzata anche *subtertiana, emitriteo,* ecc., e spesso anche confusa con febbri d'altra natura, in ispecie con febbri del gruppo tifoideo. Questo andamento della febbre hanno saputo con grande abilità discernere Marchiafava e Bignami. Teniamo la via più breve e vediamo come si deve oggi intendere la curva temometrica della terzana maligna.

La febbre si protrae per circa 36-40 ore, presentando, approssimativamente a metà del suo

Fig. 5. — Malaria recidiva (Terzana maligna).
Tipo febbrile secondario: due generazioni parassitarie (accessi subentranti).

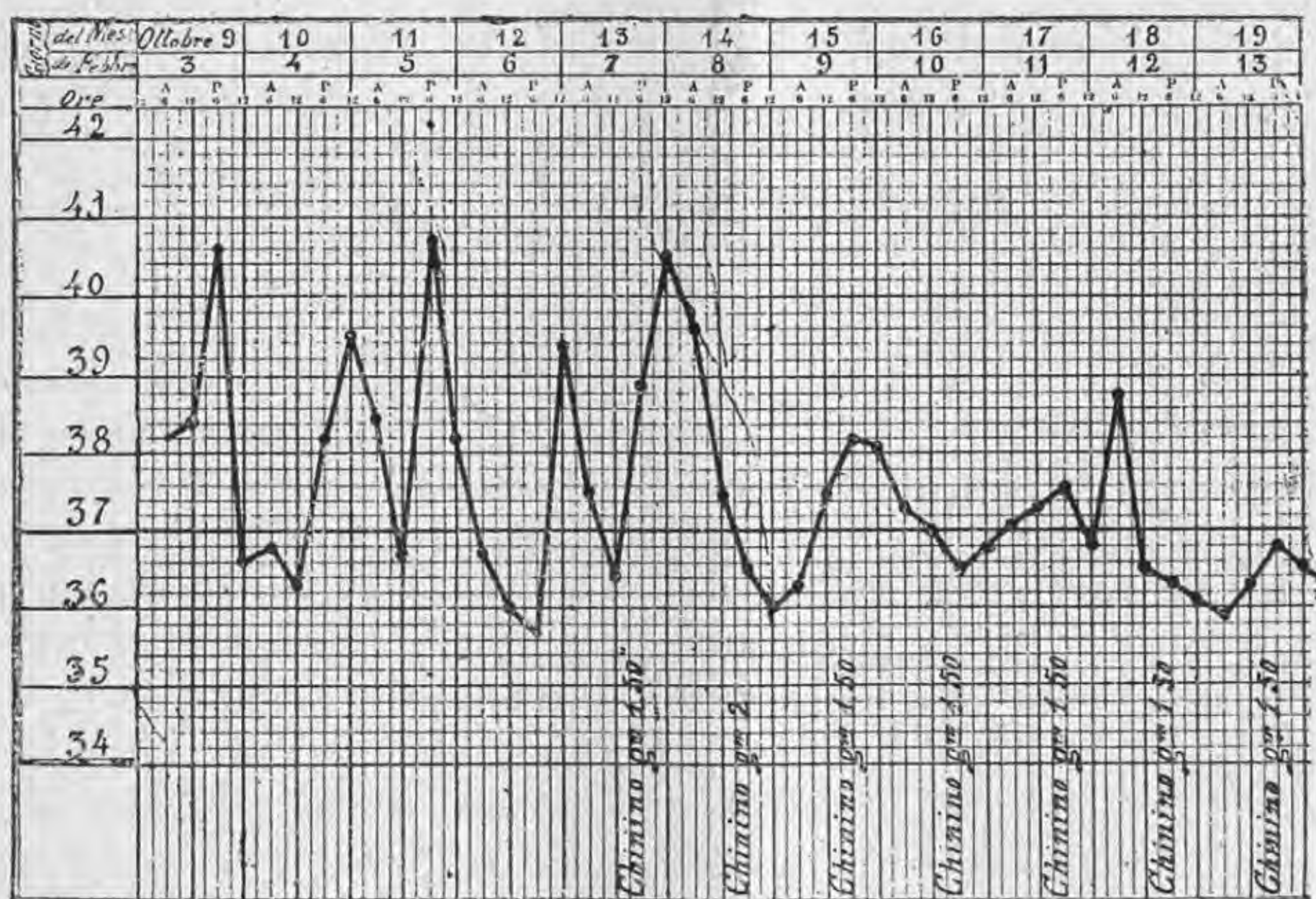



Fig. 6. — Malaria primitiva (Terzana maligna).
Tipo febbrile subentrante
con pseudocrisi così profonda che scinde ogni accesso in due accessi quotidiani.

percorso, una evidente remissione, detta *pseudocrisi*. Nel corso della febbre, e sopratutto in vicinanza della pseudocrisi, si notano nel sangue forme parassitarie giovani, espressione di schizogenesi sopravvenuta allora negli organi interni.

Io ho osservato che, sotto l'azione del chinino, la pseudo-crisi si fa spesso profonda da giungere all'apiressia, e che non di rado si cambia in una vera intermittenza, scindendo, in due accessi staccati, la febbre della durata di 36-40 ore. In tal guisa l'accesso di terzana maligna si trasforma in due accessi che vengono nesi abbiamo ora la pseudo-crisi più o meno profonda, ora la scissione dei due accessi. Dal che si vede come l'ordinaria febbre di terzana maligna non sia altro che la fusione dei due accessi.

Io credevo di aver trovato una bella e buona spiegazione della febbre da terzana maligna; ma, studiando l'aureo libro di Torti, fui fermato da questo passo che amo leggervi nella sua letterale traduzione:

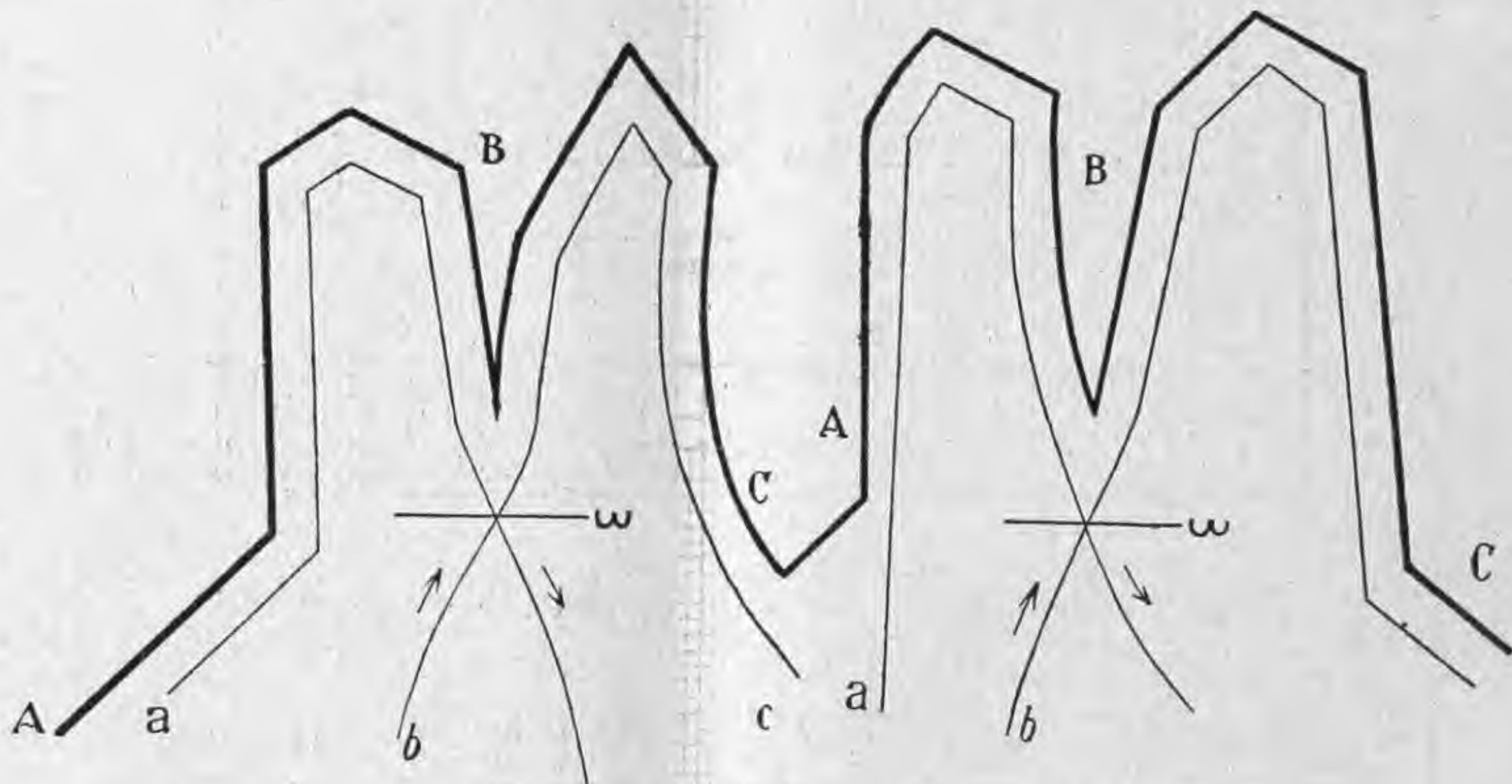
« ..... Intendo per subentrante una febbre in-
« termittente per natura sua e continua soltan-
« to per accidente; ed è per accidente in quan-



Fig. 7. — Figura schematica per la genesi del tipo febbrile subentrante.
ABC andamento della temperatura nel tipo subentrante.
a andamento della temperatura dell'accesso dato da una generazione di ematozoo della terzana maligna.
b andamento della temperatura dell'accesso dato dalla seconda generazione.
ω punto di interferenza dei due accessi (pseudocrisi).

in due giorni susseguenti (due accessi di quotidiana). Mi è parso trovare in ciò un forte argomento per decidermi in favore dell'opinione di qualche vecchio autore che aveva già considerato la febbre da terzana maligna come terzana doppia. Era ovvio riconoscere, poichè il ciclo di vita dei parassiti malarici è preciso, nelle forme giovani, sopravvenienti verso la pseudocrisi, piuttosto la conseguenza di una seconda indipendente generazione parassitaria entrata in schizogenesi, che non una sola schizogenesi che protraendosi uno o due giorni, a ondate, a tappe, immettesse parassiti giovani in circolo.

Ho pertanto supposto, come mostra chiaramente lo schema, che la febbre a terzana maligna risultasse dall'associazione, meglio dall'interferenza di sviluppo, di due generazioni del parassita della terzana maligna. Essa dovrebbe essere, secondo me, considerata così: mentre l'accesso di una prima generazione di parassiti sta per declinare, sorge un secondo accesso: nell'interferenza di azione delle due schizoge-

« to che un nuovo parossismo viene prima della
« risoluzione perfetta dell'antecedente. Il quale
« fenomeno manifestamente si riconosce nella
« terzana doppia, spessissimo subentrante, nel-
« la quale il secondo accesso viene quando il
« primo non è terminato; tra il secondo ed il
« terzo intercede una remissione maggiore che
« è molto vicina all'apiressia..... ».

Torti, il padre della clinica della malaria, descriveva adunque perfettamente un tale fenomeno col nome di *subentranza*, con che intendeva l'inizio di un accesso quando l'altro stava per finire.

Io non avevo fatto che scoprire.... quanto il grande modenese aveva con matematica precisione descritto oltre un secolo prima. L'andamento subentrante egli l'aveva riconosciuto frequentissimo nelle terzane: *tertianae saepissime subintrantes*.

Ma oltre il conforto di così alta autorità, la interpretazione che io sostengo, che cioè, nel mio linguaggio, la forma comune di febbre terzana maligna è un tipo secondario derivante

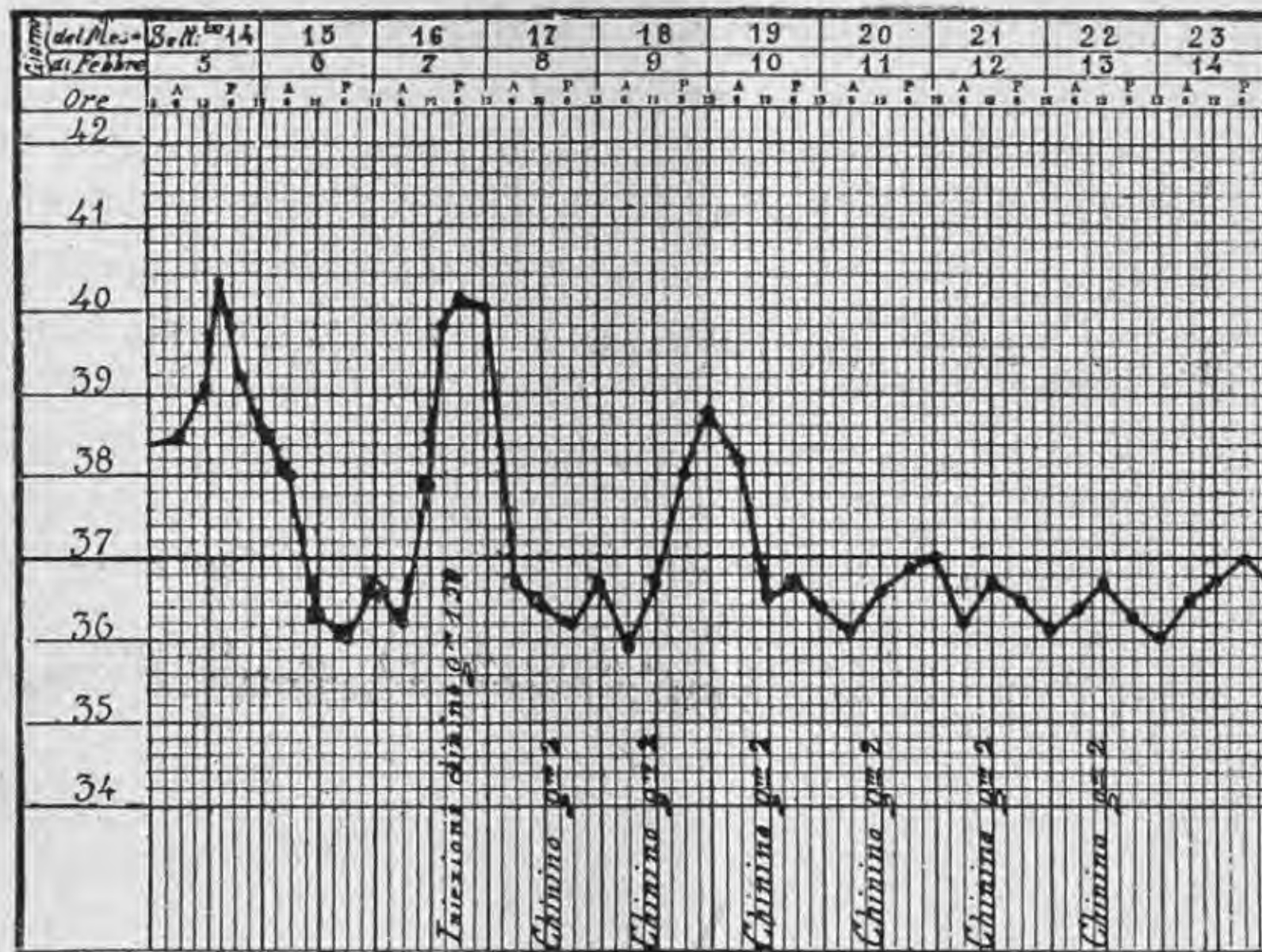



Fig. 8. — Malaria recidiva (Terzana maligna).
Tipo febbrile semplice o fondamentale: accesso a giorni alterni.

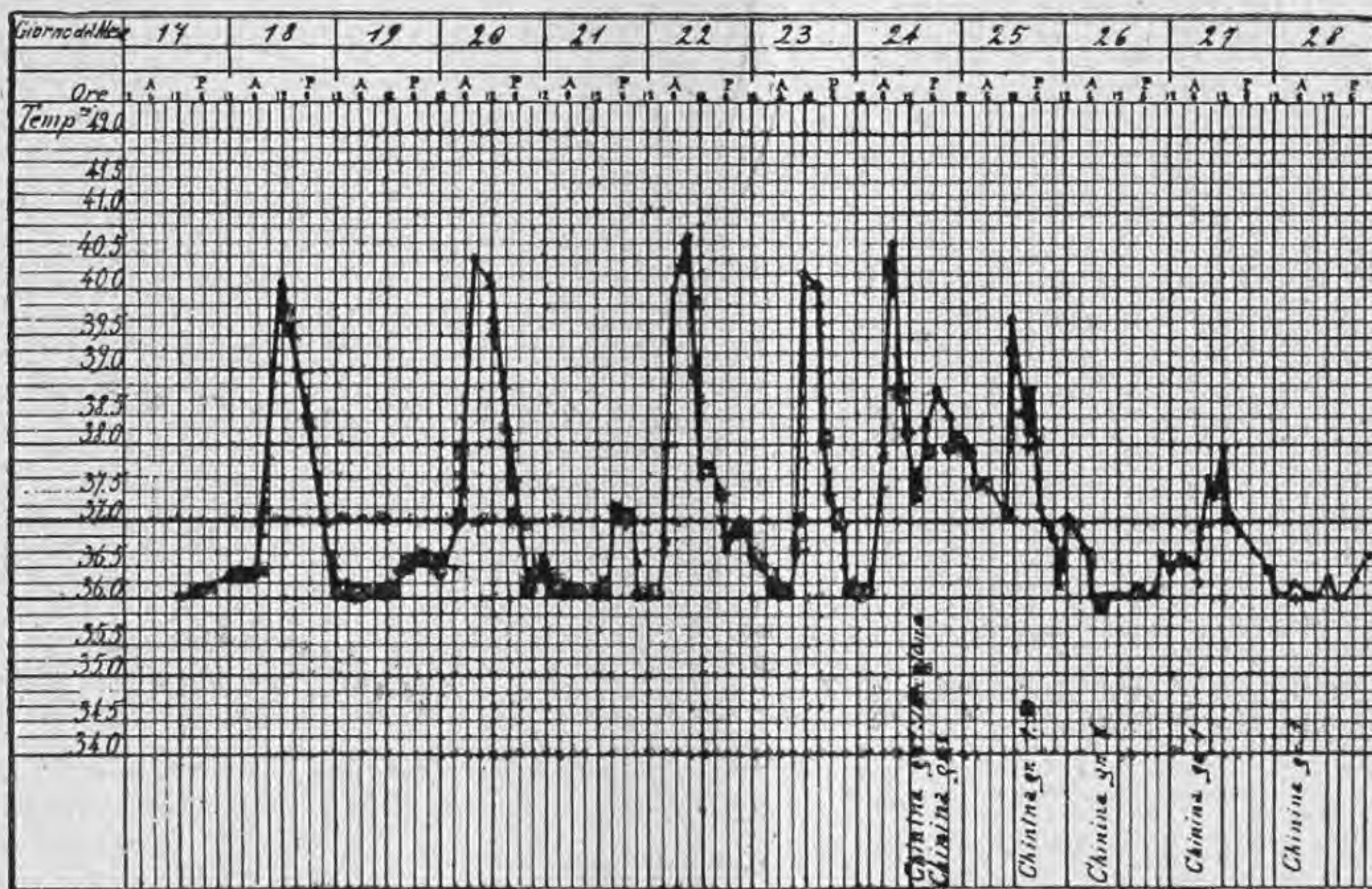



Fig. 9. — Malaria recidiva (Terzana maligna).
Tipo febbrile semplice che tende a diventare doppio (subentrante).

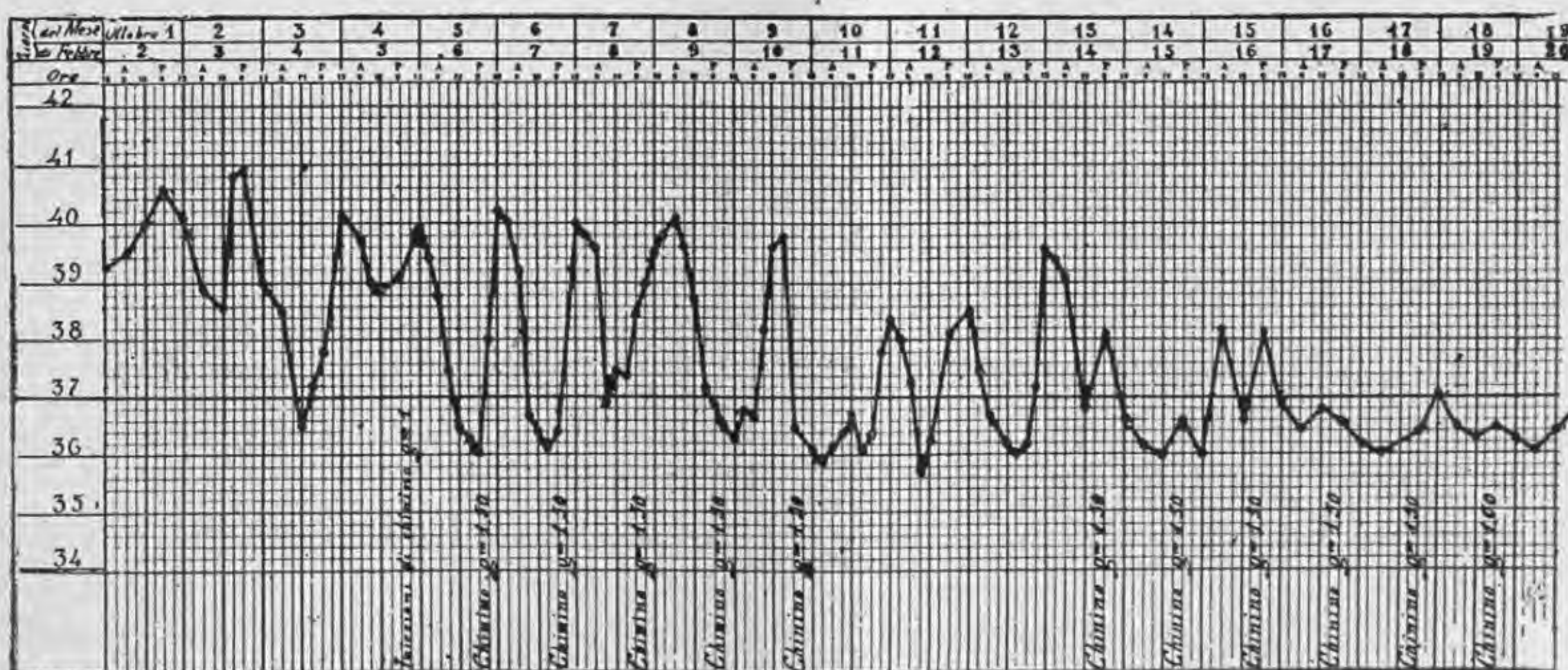



Fig. 10. — Malaria primitiva (Terzana maligna).
Febbre a tipo subentrante che, sotto l'azione del chinino, tende a semplificarsi.

dalla subentranza di due accessi terzanari, ha l'appoggio di altri fatti clinici. La prova evidente sta in ciò che, con le stesse forme parassitarie in circolo, si osservano frequentemente febbri con tipo nettamente, precisamente, terzanario, cioè con accessi che si espletano in ventiquattr'ore, separati da un giorno di apiressia e sopravvenienti a giorni alterni. Il tracciato che presento mostra ciò all'evidenza (figura 8).

Qui noi abbiamo il tipo primitivo, fondamentale di terzana maligna: esso si rinviene generalmente nella malaria recidiva.

si che vanno progressivamente crescendo d'intensità. Questa febbre che non intermette e che consta della somma di attacchi con esacerbazioni sempre più alte e con carattere grave, rappresenta quel tipo di febbre che Torti descrisse come *subcontinua* (continua nell'espressione, intermittente per natura). Noi possiamo riconoscere una tale *tendenza* alla subcontinuità nelle grafiche seguenti (fig. 11 e 12), tendenza, vinta nel primo caso dal chinino, interrotta nel secondo dalla morte.

Ma un tracciato di febbre subcontinua più tipico e più protratto è rappresentanto dalla se-

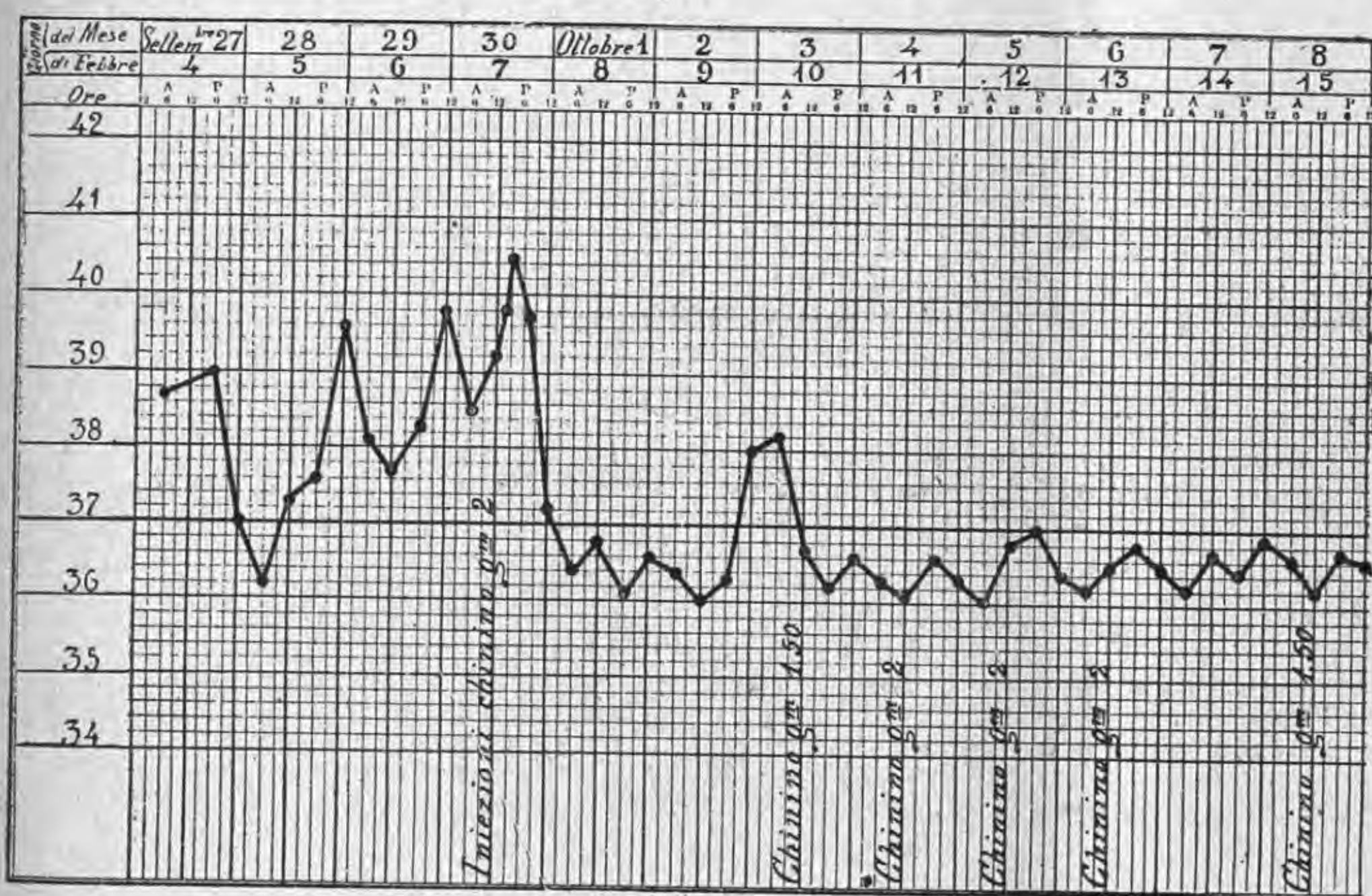



Fig. 11. — Malaria primitiva (Terzana maligna).
Tipo febbrile con andamento subcontinuo (precedettero tre febbri quotidiane).

Fig. 12. — Malaria recidiva (Terzana maligna).
Tipo febbrile subentrante che diviene subcontinuo.

Ma prove anche più decisive provengono dalle due grafiche (fig. 9 e 10) che passo ora a presentare, nell'una delle quali si vedono accessi semplici di terzana maligna trasformarsi in accesso subentrante e nell'altra si vede un accesso subentrante scindersi in accesso di terzana doppia e quindi di terzana semplice.

Più di rado il tipo secondario assume la forma di quotidiana (vedi figura 6).

Il parassita della terzana maligna ha dunque come primitiva, fondamentale, tipica espressione, l'accesso di terzana semplice; ha, come tipi secondari, la febbre subentrante e la febbre quotidiana.

La terzana maligna riveste un altro tipo febbrile, che s'incontra il più spesso nella malaria primitiva: all'accesso iniziale di febbre più o meno alta seguono, senza intermittenza, acces-

guente figura 13 nella quale non è difficile riconoscere l'incalzare di più accessi di terzana a tipo subentrante.

Le febbri irregolari dei nostri vecchi appartenevano nella massima parte alla terzana maligna. Se non si disturba con l'uso del chinino l'andamento della temperatura, appaiono invece chiare e relativamente facili a interpretare la massima parte delle febbri, qualora si usufruisca insieme dell'esame del sangue e delle misurazioni esatte e frequenti della temperatura.

Una quarta legge è quella che io vorrei dire della malaria mista: nell'evoluzione della febbre, il sangue lascia talvolta riconoscere due o anche tutte e tre le specie di ematozoi malarici. La coesistenza di più parassiti si osserva di rado; si verifica in genere in casi piuttosto gravi

di malaria. La tendenza, che due generazioni di parassiti hanno ad eliminarsi reciprocamente, è più spiccata quando si tratti di due o più generazioni di parassiti di diverse specie. La cosa venne specialmente dimostrata, innestando sangue con forme di una specie parassitaria in un malarico con parassiti in circolo d'altra specie: la specie preesitente si eclissava. Se noi potessimo seguire un malarico per molti mesi, attaccando energicamente col chinino la generazione attiva e poi arrestandoci nelle somministrazioni del rimedio, vedremmo spesso susseguirsi parassiti dell'una e parassiti di un'altra specie con il corrispondente attacco febbrile senza che siano intervenuti altri innesti. Per lo più una specie si presenta, quando l'altra è scomparsa dal circolo: due specie di parassiti hanno più tendenza a seguirsi che a convivere, come ha giustamente osservato Bignami.

Nei casi di malaria mista con più specie in attività il tracciato termografico assume decorso irregolare; non di rado lascia anche riconoscere gli accessi tipici relativi al germe che li ha prodotti. Vi presento una mia tabella (fig. 14) di terzana benigna e maligna miste; ma un esempio classico è quello di Craig (fig. 15).

In questa curva si ha un accesso dato dal parassita della terzana maligna e uno della terzana benigna.

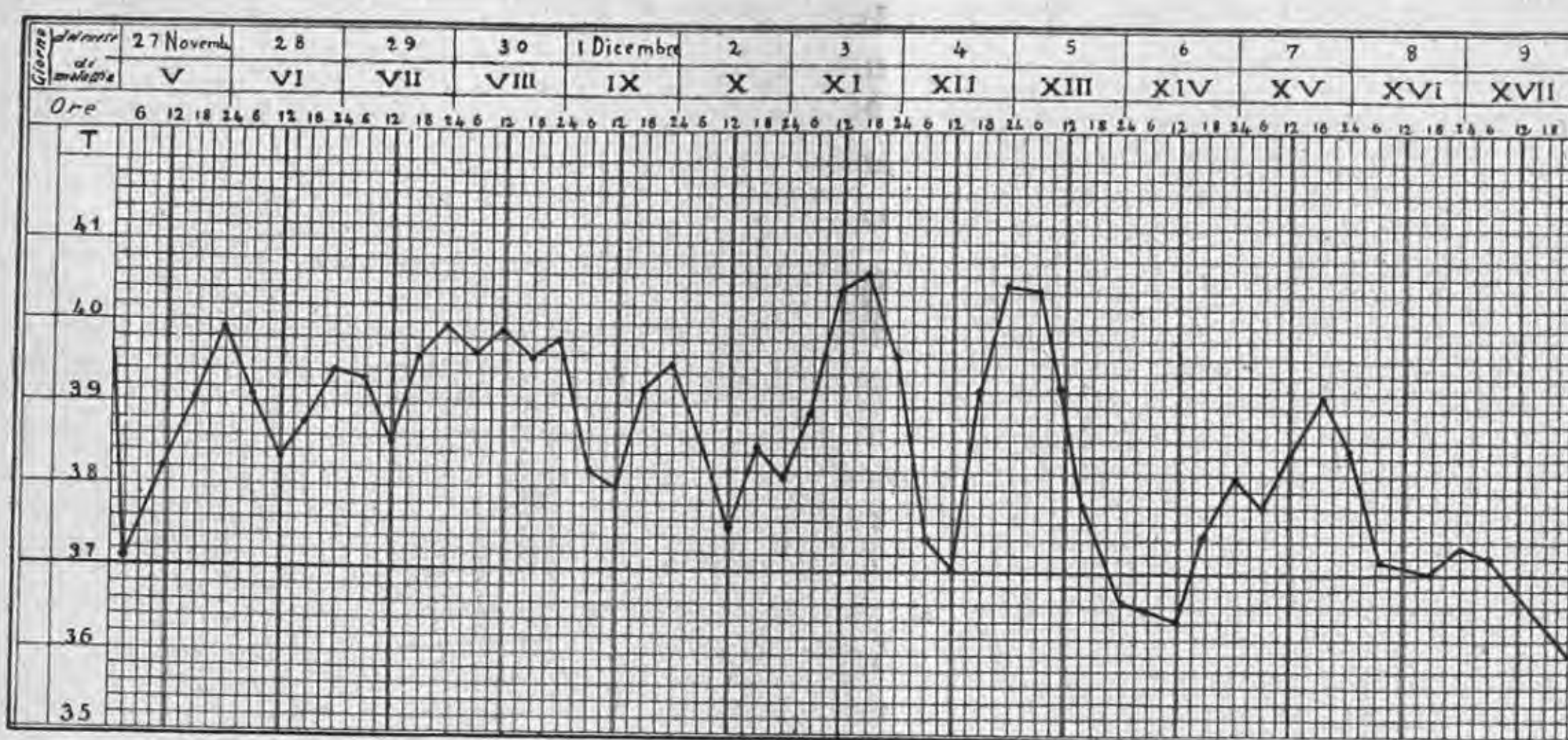



Fig. 13. — Malaria primitiva (Terzana maligna) - Tipo febbrile secondario, subcontinuo.

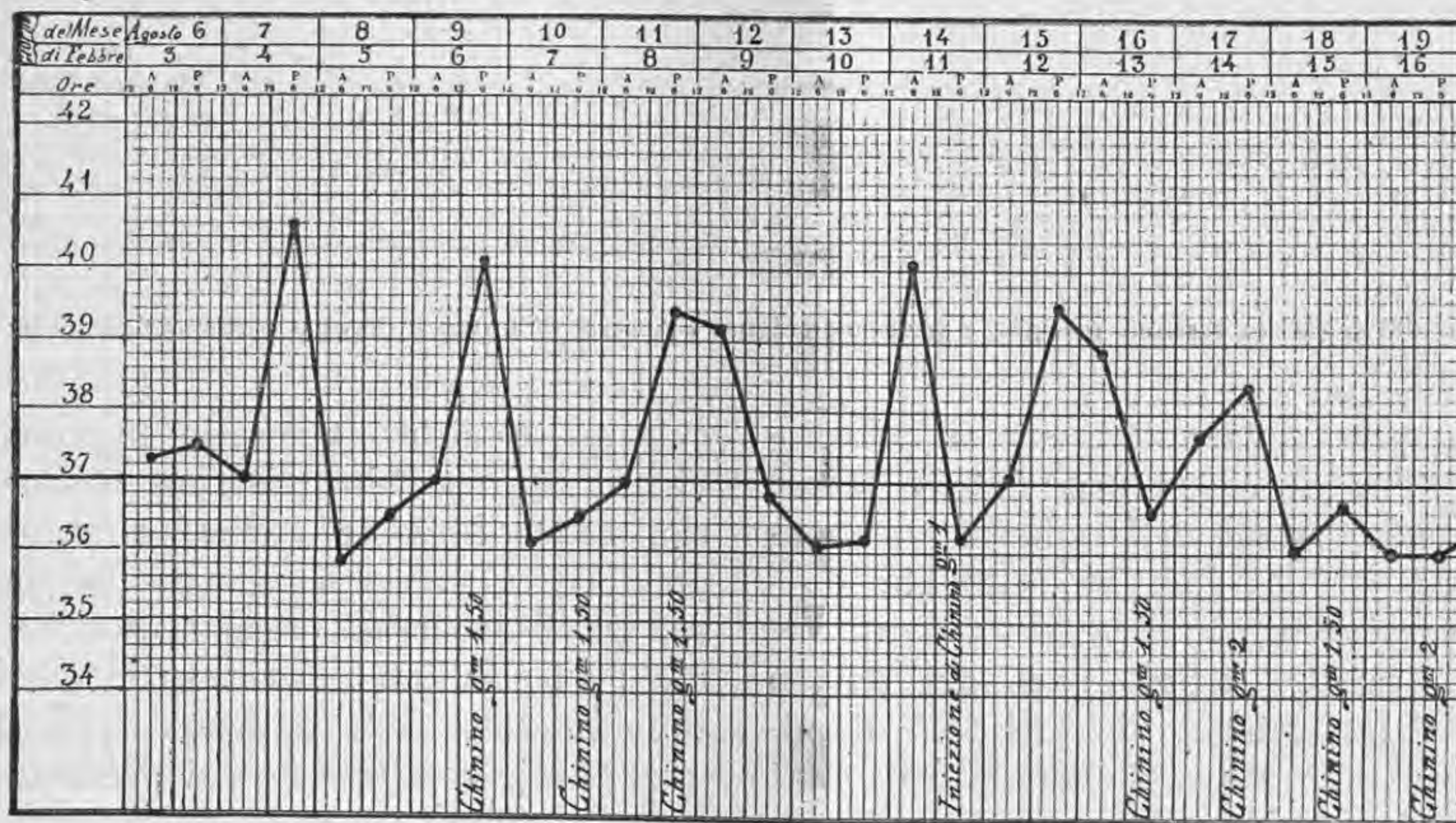



Fig. 14. — Malaria recidiva (Mista di terzana maligna e benigna) - Accessi di durata corrispondente alla specie parassitaria.

Un'altra legge domina la moderna clinica della malaria. Questa legge non ha bisogno di essere sviluppata davanti a voi: consiste nella virtù del *farmaco specifico*, della *chinina*.

La chinina agisce essenzialmente sul parassita. La dose antiparassitaria è la vera dose farmacologica: 80-100 centigrammi di alcaloide nelle ventiquattr'ore. Dosi inferiori sono inefficaci: dosi superiori, mentre inducono disturbi

tossici (cinconismo), non riescono maggiormente attive. La dose terapeutica ha il massimo di efficacia, quando interviene in vicinanza della schizogenesi, quando cioè è in caso di attaccare i piccoli merozoiti mentre sono ancora liberi nel sangue.

Tali norme sulle modalità dell'amministrazione della chinina derivano, quali corollari, dagli studi che Golgi pubblicò nel 1888 e nel 1892. Queste pubblicazioni sono rimaste quasi eclissate da quelle più fondamentali sul ciclo biologico, ma meritano di essere segnalate e messe in onore, perchè altrettanto precise e conclusive. L'esperienza clinica non ha fatto che confermarne la precisione.

Accanto a queste leggi che gorvernano l'evoluzione della febbre, io prenderò di mira, per giungere allo scopo di tracciare davanti a voi uno schema della clinica della malaria, alcune delle tante modalità sintomatiche che hanno fatto considerare in altri tempi la malaria come la più proteiforme delle infezioni. Anche qui ci fermeremo alle nozioni fondamentali. Le varie forme cliniche dipendono troppo da condizioni individuali perchè sia facile sottoporle a leggi definite come quelle che derivano dai fenomeni dipendenti dal ciclico sviluppo degli ematozoi.

La malaria, quando è grave e pericolosa di vita, può assumere parvenze, quadri clinici, assai speciali. Essi sono già stati sceverati dai nostri vecchi col nome di *perniciose*, e hanno trovato nel felice nosografismo del nostro Torti una rappresentazione così esatta che merita di essere preferita alle molte descrizioni e classificazioni seguite di poi cioè dal secolo diciottesimo ad oggi. Non possiamo fermarci ad illustrare le *perniciose*; importa qui appena ricordare la distinzione che Torti fa di *perniciose solitarie* e di *perniciose comitate*.

Nelle solitarie ci si offre il quadro clinico di una intensa infezione generale; nelle *comitate* culmina qualche fenomeno imponente a carico di un apparecchio (sistema nervoso, circolatorio, ecc.). Siccome anche le perniciose dipendono dalle specifiche azioni dell'agente morboso, la clinica trova ancora qualche legge generale: ad esempio che tutte o quasi le perniciose sono prodotte dall'ematozoo della terzana maligna, che le *comitate* non si presentano mai nella malaria primitiva.

| Nome | Compagnia | Reggimen: | Luogo di nascita | | Età |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 15° Fant: | Germania | | 28 anni |

**Fig. 15. — Malaria recidiva (Mista terzana maligna e terzana benigna) - Accessi di forma e decorso corrispondenti alla specie parassitaria.**

Meno definito in tutti gli autori è il gruppo di quadri clinici, che si comprende nel capitolo delle *successioni morbose*. Sono le sindromi che residuano frequentemente dalla malaria, sopratutto dalla malaria grave, quando l'ematozoo ha determinato lesioni, o almeno disturbi funzionali gravi, a carico di singoli organi o tessuti (cervello, sangue, fegato, ecc.).

Ricorderò infine le *complicazioni* della malaria, cioè l'associazione della malaria con altre malattie, siano infettive, siano tossiche, siano legate a lesioni progressive di singoli organi. Apparivano con frequenza straordinaria le com-

plicazioni della malaria, quando febbre intermittente suonava quasi sinonimo di malaria. Perfezionati i concetti e i congegni diagnostici, le complicazioni sono apparse piuttosto rare.

Se in queste varietà di avvenimenti clinici predomina così il coefficente individuale da sottrarle a leggi biologiche abbastanza fisse, si porta, con la distribuzione generica delle forme cliniche da noi indicata, un ordine che consente ai pratici di orientarsi con facilità. Sparisce quindi quel nosografismo multiforme e instabile, dileguano quelle forme cliniche dai contorni vaghi ed incerti che alcuni autori hanno riconosciuto proprie della malaria. In natura, da condizioni e da motivi ben determinati, non possono nascere che conseguenze proporzionate: spesso i quadri morbosi sembrano troppo vari e mutabili a chi difetti di analisi o sia incapace di apprezzamenti sintetici.

Noi abbiamo sin qui considerato, da medici pratici, la malaria nelle sue estrinsecazioni, prima attraverso i tipi febbrili, quindi attraverso i complessi quadri morbosi che assume per la sua gravità e per le condizioni individuali. Perchè la clinica della malaria ci sia nota più completamente, ci rimane a considerare la malaria nelle sue tappe evolutive. Queste dipendono essenzialmente dalle proprietà vitali dell'ematozoo: si prestano pertanto ad essere raccolte in altre leggi generali.

Possiamo chiamare *leggi di evoluzione della malaria* quelle che ci restano a considerare.

Si presenta prima la *legge dell'incubazione*. La durata dell'incubazione è stabilita specificamente, mediante oltre una cinquantina di casi di malaria ottenuta facendo innestare parassiti all'uomo sano dall'anofele infetta. Gli esperimenti dimostrano che, dopo un determinato periodo di tempo dall'inoculazione del parassita, scoppia la febbre. Il tempo che intercede tra innesto di ematozoi e insorgenza delle manifestazioni malariche, cioè il periodo d'incubazione, può variare da cinque-sei giorni fino a venti-quaranta, ma suole oscillare fra i dieci-quindici giorni.

Se la malaria si presenta clinicamente a maggiore distanza di tempo, non è il caso di parlare più di incubazione. Allora avviene che il soggetto ha subito un'infezione leggera, estrinsecatasi con febbri così miti, o con malesseri così lievi, che sono decorsi inosservati; dopo qualche tempo, per circostanze che mettono in maggiore attività gli ematozoi, scoppia una tipica forma di malaria. Gli esempi sono numerosi. Io stesso ho osservato casi netti in cui la malaria è scoppiata parecchi mesi dopo l'innesto ematozoico, e **ho indicato come** *periodo a latenza primitiva*, il tempo interposto tra innesto e manifestazione. Citerò tuttavia, come più dimostrativo, un esempio tratto dalla epidemiologia: un battaglione dell'esercito ungherese era stato mandato in settembre in una località infestata dalla malaria; i suoi soldati ammalarono di malaria nella successiva primavera, mentre risiedevano in località così salubre che nessun altro, tranne essi, ebbe la febbre. Evidenze di tal genere dovrebbero avere presenti coloro che, osservando i fatti superficialmente e inducendo un individuo sia divenuto malarico senza previa inoculazione di parassiti da zanzare.

La seconda delle leggi di evoluzione della malaria si riferisce alle recidive: *quando un individuo, o spontaneamente, o in seguito all'uso del chinino, si è liberato dalla febbre, presenta, dopo qualche tempo, un nuovo attacco, simile al precedente.*

Il nuovo attacco dipende dal ricostituirsi di una generazione febbrigena originata dagli ematozoi superstiti al precedente accesso: *è una recidiva*. Le recidive si manifestano dopo 7-15-21 giorni; tardano anche dei mesi (5-8-9). Secondo la durata dell'intervallo si distinguono *le recidive a brevi* e *le recidive a lunghi intervalli*. Queste ultime, che sopraggiungono a distanza di 5-9 mesi, hanno la proprietà veramente singolare d'insorgere in un certo numero, in un determinato periodo dell'anno, fra la primavera e l'estate, generalmente in epoca un po' differente a seconda che appartengono alla terzana benigna o alla terzana maligna. Quelle da terzana benigna in Italia compaiono a primavera inoltrata, quelle da terzana maligna per lo più in luglio-agosto. Per le recidive lunghe da quartana non si riconosce regola fissa. In genere le recidive si presentano in forme più leggere e più semplici che le primitive.

Nella malaria mista le recidive son più frequenti; spesso allora succede malaria di una specie a malaria di specie diversa.

Così si passa dalla legge sulla recidività alla terza legge di evoluzione: quella della *attenuazione*. Nel succedersi delle recidive la gravità della malaria diminuisce: la febbre prende un decorso più regolare, i sintomi diventano meno gravi. Si presume che i parassiti acquistino un maggiore adattamento all'ambiente, o che l'organismo umano acquisti una immunizzazione più o meno forte e duratura. Gli accessi di malaria sono meno imponenti. Ma nello stesso tempo i parassiti hanno acquistato maggiore resistenza alla chinina, sono divenuti più refrattari con il protrarsi della vita nell'organismo umano, lo hanno più intimamente invaso. Così le recidive ricorrono insistenti e la malaria passa allo stato cronico. La malaria cronica porta spesso alla cachessia; ma talora lascia il sog-

getto in condizioni di apparente salute, per quanto sempre discretamente anemico (talora colpito da nefrite cronica e da idropisia), disposto alle infezioni intercorrenti (sopratutto alle diplococciche).

Dove la malaria regna endemica, cioè numerosa e grave, la malaria cronica è comune nella popolazione. Oltre che infraliti di corpo, i malarici diventano fiacchi nelle energie psichiche e morali. La razza tende a degenerare. I malarici cronici albergano con frequenza ematozoi, specialmente nelle fasi sessuali, e costituiscono così la sorgente di disseminazione del morbo dove gli anofeli abbondino e siano attivi, riescono cioè pericolosi per gli altri. Nei bambini la malaria, per complesse ragioni, passa spesso allo stato cronico: sono essi una larga sorgente di contagio.

Nel periodo storico che attraversiamo, noi tutti — e giustamente — ci preoccupiamo non soltanto della vita dei soggetti affidati alle nostre cure, ma anche della prevenzione delle malattie nei sani. Sorge così un nuovo concetto clinico da adottare per la malaria. Le forme acute, siano pure gravi, facilmente ormai si diagnosticano e poi si vincono col chinino: è più difficile sceverare i casi con lievi e dubbie manifestazioni, ed è sopratutto arduo guarire dalle lente alterazioni i malarici cronici e liberarli definitivamente dagli ematozoi. Per il medico moderno, specialmente per chi intende l'alta importanza sociale delle infezioni, la malaria ha perduto valore come malattia acuta, ne ha acquistato come malattia cronica.

Questo concetto della cronicità ha aperto una via grande alla profilassi in quanto mostra tutto il significato della cura per la prevenzione. Una via non meno grande alla profilassi ha additato la conoscenza precisa e minuta della biologia dell'anofele e delle condizioni che generano l'endemia (stato del terreno e delle acque superficiali, clima, vegetazioni, abitudini di vita, di lavoro, ecc.).

Il rimedio specifico usato per la cura e la prevenzione ha ridotto assai la malaria in Italia. L'ha fatta quasi scomparire in Lombardia.

Del tema suggestivo della profilassi evito di occuparmi, non solo perchè esorbita dal compito propostomi, ma sopratutto perchè meriterebbe trattazione ampia e precisa, quale non consente lo scorcio di questa ormai lunga conferenza.

Constaterò soltanto, per concludere aggiungendo qualche altro fatto concreto, che in meno di vent'anni la nostra Italia si è in gran parte liberata da questa calamità. La cifra annuale dei morti è scesa negli ultimi tredici anni da sedicimila a duemila e seicento. La totalità dei morti è rappresentata dalla malaria cronica, perchè il numero delle perniciose è rimasto al disotto di dieci in ciascuno degli ultimi due o tre anni. Tale conclusione, se è significante per la medicina sociale, è altrettanto lusinghiera per la medicina scientifica. Studi e scoperte, che pareva dovessero rimanere nel campo della pura biologia, hanno in breve tempo irradiata la loro influenza e sulla clinica della malaria, rinnovandola dalle fondamenta, e sulle conseguenze sociali della malaria, riducendole alla minima espressione per quantità ed intensità. La vera medicina è quella che intende e rappresenta la realtà cioè la *clinica*, che nasce dall'osservazione del vero, s'illumina nel sentimento del bene e passa fra le genti redimendo le sventure.



---

# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### Le ferite da « crapouillots ».

(L. DEVRAIGNE. *La Presse médicale* 24 giugno 1915).

Un risultato inatteso della guerra di trincea, a contatto sempre più immediato col nemico, è stata un'evoluzione speciale della balistica. I tedeschi, che avevano preparato tutto per la guerra, avevano già dei soldati addestrati a lanciare le bombe a mano a qualche centinaio di metri. Ma le trincee di prima linea durante la guerra si son trovate a distanza sempre minore, a 50, a 30 e perfino a 10 metri l'una dall'altra. Tutti gli ordegni atti a lanciare proiettili a poche diecine di metri sono stati utilizzati. Tutti questi proiettili, dalla semplice granata a mano, alla bomba proteiforme, sono denominati dai francesi col termine unico di « *crapouillots* ». In alcuni settori essi sono molto usati, e son tenuti dai soldati di ambedue le parti.

Questi proiettili hanno modificato la frequenza e la prognosi delle ferite di guerra. La guerra di trincea già produceva numerose ferite alla testa: essi hanno moltiplicato la frequenza delle fratture del cranio. Carichi di forti dosi di melinite e rolurite, di frammenti di ferramenta, chiodi, pezzi di vetro, non soltanto essi esplodono producendo rumori impressionanti per il morale, ma hanno degli effetti distruttivi formidabili, potendo uccidere parecchi uomini con un solo colpo e ferire gravemente i più fortunati.

I feriti da queste speciali bombe a mano possono essere classificati in diversi tipi clinici.

In un *primo tipo* un frammento d'arto (mano, avambraccio, piede, gamba) è asportato dal

proiettile. In tali casi un laccio applicato alla meglio da un soldato vicino permette il trasporto del ferito al posto di soccorso o all'ambulanza chirurgica, in stato di shock, ma non dissanguato. Al disopra della ferita una cravatta, una corda, un laccio di scarpe possono essere utili, in mancanza del tubo di gomma.

In un *secondo tipo* di feriti si possono considerare i gravi stritolamenti degli arti. In una gamba per esempio, la tibia ed il perone sono fratturati in più punti con numerose scheggie ossee esposte, le parti molli sono peste maciullate nerastre; l'altra gamba può essere pure gravemente colpita, o attraversata da frammenti di mitraglia. Spesso si osservano mani prive di dita, o ridotte in poltiglia, un avambraccio attraversato da parte a parte con asportazione di parti molli e tratti d'osso, con conservazione appena di un collaretto di tessuti cutanei.

Un *terzo tipo* di questi feriti presenta su tutta una metà del corpo un numero infinito di scottature e ferite superficiali o poco profonde, più o meno anfrattuose. Questi feriti sono letteralmente cosparsi di polvere e schegge di mitraglia, frammenti di vestiti bruciacchiati e pezzi di proiettili. Questo tipo è molto frequente.

I feriti al petto ed all'addome da questo genere di proiettili a mano arrivano all'ambulanza chirurgica in condizioni molto gravi (se pure vi arrivano a tempo), a seconda del tragitto, il numero, il volume e la natura dei proiettili.

Le ferite del capo, quasi sempre con frattura del cranio, con o senza lesioni delle meningi, sono certo più frequenti nella guerra di trincee così vicine. I soldati minacciati dall'arrivo di questi proiettili, corrono al riparo gettandosi a terra, e son frequentemente colpiti alla testa, più raramente alla faccia.

La *patogenesi* e l'*etiologia* di queste ferite spiegano la loro prognosi e rischiarano la cura da praticare. Tutti questi proiettili esplodono con rumori spaventevoli, che impressionano anche i soggetti più coraggiosi: i loro effetti disastrosi sono costatati da coloro che ne sono rimasti illesi e pensano alla possibilità dell'ulteriore pericolo. Anche i soldati più spavaldi finiscono per temere più queste bombarde a mano dei proiettili e dei grossi obici; ed i soldati sopraffaticati e demoralizzati possono risentirne fino a presentare delle vere psicosi.

Queste bombarde di solito producono i massimi danni quando cadono sopra una trincea od altro genere di riparo; esse colpiscono da presso e possiedono una grande forza d'espansione, per cui producono strappamenti e stritolamenti degli arti, eventramenti, gravi fratture del cranio con penetrazione delle schegge proiettate.

Tutto ciò che può costituire un proiettile fa parte della composizione di queste bombarde: di qui la grande varietà delle ferite e dei corpi estranei in esse riscontrate. Inoltre quasi tutte queste ferite sono sporche di terra.

Riassumendo, dal punto di vista della prognosi, i feriti da queste specie di bombarde quasi tutti si presentano in stato di shock, più o meno algidi, ed anemizzati, già infettati quando arrivano all'ambulanza chirurgica del fronte, e molto esposti alle infezioni anaerobiche. La prognosi di queste ferite è sempre seria, e richiede una cura immediata. Tutti questi feriti anzitutto hanno bisogno di un trattamento generale attivo prima d'ogni cura locale. Si praticheranno iniezioni di siero sottocutanee o rettali (salvo i feriti all'addome), si daranno bevande calde alcooliche o no, iniezioni d'olio canforato a forti dosi, di etere, morfina. Il riposo a letto sarà di un'eccellente azione fisica e morale.

Nel trattamento locale di queste ferite si deve partire dal principio che esse sono tutte infette da germi piogeni e possono essere sospette d'infezione anaerobica. L'asepsi non sarà il metodo di cura per queste ferite; i mezzi antisettici dovranno essere generosamente impiegati. Tutte le ferite devono essere subito sbrigliate, deterse liberate dalle schegge, disinfettate, drenate. In ogni caso non si tralasci l'uso del siero antitetanico. In questo modo i feriti saranno trasferiti agli ospedali nelle migliori condizioni, al riparo dalle infezioni piogene ed anaerobiche.

Nelle ambulanze chirurgiche del fronte l'antisepsi ha importanza preventiva e curativa per tutte le ferite, e più specialmente per le ferite settiche da bombarde. L'A. ha usato abitualmente la tintura di iodio all'1/20, l'acqua ossigenata, il formolo fenico (2 di formolo e 10 d'ac. fenico per mille), l'acido fenico dal 2 al 5 %, il permanganato di potassio, l'alcool ed il liquore di Labarraque, e così pure l'iodoformo in polvere od in pomata, ecc.

Per i feriti che hanno subìto lo strappamento d'un segmento d'arto si impone la regolarizzazione del moncone, ma sempre dopo aver sollevato le condizioni generali. L'amputazione si farà il più distalmente possibile, secondo i metodi classici, e si suturerà il moncone. D'altronde la sutura non impedirà il drenaggio della ferita.

Nei casi di stritolamento parziale d'un arto col segmento periferico sostenuto appena da un punto di cute, con assenza di polso e di sensibilità in questo segmento, si amputerà soltanto se vi sia una indicazione assoluta. Si esciderann. le schegge ossee libere, si farà l'emostasi, si disinfetterà ben bene col formolo fenico e si dre-

nerà la ferita. Si immobilizzerà l'arto in docce d'alluminio, e si medicherà una volta al giorno con lavaggi all'acqua ossigenata o con liquore di Labarraque. Se malgrado ogni cura, si ha febbre, odore putrido e cattivo aspetto della ferita, l'amputazione si impone.

Se in questi casi, nonostante le disinfezioni più accurate, si manifesta la gangrena gassosa, si praticheranno larghe incisioni col bisturì e col termocauterio, si drenerà più largamente, si zafferà con garza imbibita in acqua ossigenata o nel liquore di Labarraque, e si farà una medicatura umida con lo stesso liquore. Così si potrà vincere l'infezione anaerobica; in casi ribelli si praticherà l'amputazione.

I feriti della terza categoria, ricoperti di ferite superficiali e più o meno anfrattuose, hanno bisogno di cure molto pazienti. Si allontanino le croste e si tocchino le ferite superficiali con tintura di iodio; si allontanino tutti i frammenti di proiettili; le ferite penetranti si sbriglino e si liberino da ogni frammento di tessuti e di proiettili, e si medichino con tintura di iodio, o formolo fenico, o liquore di Labarraque. Dopo tutto ciò e dopo un'iniezione di siero antitetanico, se si dovrà sgombrare l'ambulanza, si sarà sicuri di trasferire questi feriti all'interno senza pericolo o quasi.

I feriti al torace, disinfettate ed occluse le loro lesioni, vengono immobilizzati in posizione semi-seduta; se sarà necessario, si praticheranno iniezioni di morfina, di siero artificiale, di gelatina. Se sopraggiungeranno segni di versamento, la puntura esplorativa rischiarerà la diagnosi: se il liquido è purulento, si praticherà la puntura evacuatrice o una semplice incisione senza resezione costale.

Per i feriti addominali si impone anzi tutto l'immobilizzazione e la dieta assoluta. L'A. pensa che questi feriti possono trarre vantaggio straordinario da un servizio chirurgico perfetto rappresentato dall'ambulanza chirurgica specializzata presso il fronte; ma nello stato attuale delle cose, egli preferisce di astenersi da ogni intervento.

Tutti i feriti del cuoio capelluto e del cranio vengono sistematicamente portati sul tavolo operatorio e sbrigliati. Quasi sempre, anche nelle ferite apparentemente più benigne, vi ha frattura con avvallamento del cranio, che bisognerà correggere al più presto possibile. Quanti feriti arrivati in coma, il giorno dopo l'operazione domandano di mangiare e fumare.

Anche se vi è fuoruscita di sostanza cerebrale, bisognerà togliere i frammenti ossei e disinfettare la ferita. Certo le delusioni in queste ferite del cranio da bombarde sono numerose, perchè spesso il proiettile si è incuneato nell'encefalo: tuttavia questi feriti debbono riporre ogni speranza in un pronto intervento. In questi interventi può essere prezioso il soccorso della radioscopia.

A prevenire o limitare i danni di questi proiettili al cranio sono state consigliate delle calotte di lamiere d'acciaio con cui coprire la testa al disotto del berretto.

In conclusione il pronostico di tutte queste ferite deve essere riservato, e può essere reso più felice soltanto mediante interventi energici ed immediati.

Le ferite da bombarde dunque trovano il loro posto naturale accanto alle ferite d'arma da fuoco e da obice, tanto per il numero di vittime che producono, quanto per i soccorsi chirurgici che richiedono.

P. SABELLA.

## Trattamento di ferite d'arma da fuoco del cranio nelle ambulanze degli avamposti.

(A. SCHWARTZ. *Paris Médical*, n. 9, 1915).

In tutte le ferite del cranio da qualunque proiettile il trattamento chirurgico d'urgenza s'impone come unico negli avamposti, indipendentemente dalla gravità del trauma e della regione colpita. Anzitutto bisogna evitare la specillazione ricorrendo invece sempre allo sbrigliamento largo della ferita.

Se vi è depressione del tavolato esterno bisogna sollevare un frammento osseo poichè spesso in tal caso scheggie del tavolato interno possono ledere la massa cerebrale. Se la dura madre è intatta e mancano i segni di compressione cerebrale l'intervento è finito, se invece la dura è ferita la si incide e si drena. Questo stesso trattamento si farà quando vi sono segni di compressione anche a dura intatta e perciò anche nei casi di perforazione del tavolato esterno con infossamento dell'interno e nei casi di perforazione completa dell'osso.

Si raccomanda sempre l'emostasi la più accurata e lo scollamento del periostio più limitato possibile.

Nelle fratture comminute con fuoriuscita di sostanza cerebrale rimuovere le scheggie, sia libere che aderenti; e in queste manovre evitare che le scheggie ledano la massa cerebrale. Se la lamina ossea distaccata è grande e mobile, p. es. una parte del parietale, è meglio non insistere coll'asportazione.

Nelle ferite gravi della base del cranio si può tentare una trapanazione decompressiva con drenaggio nella regione temporale bassa. In

nessun caso si deve ricercare il proiettile, benchè la sua permanenza cagiona spesso gravi accidenti tardivi.

In ogni caso per quanto è possibile si preferisca per l'intervento l'anestesia locale.

CASIMIRO FRANK.

### Sarcoma renale nell'infanzia.

(F. MC G. LOUGHNANE. *Brit. Journ. of Surgery*, luglio 1914).

Scopo dell'articolo è dimostrare che l'operazione in questa serie di casi così disperati può talvolta esser seguìta da successo. Il materiale è stato ricavato dagli archivi di 12 anni (1900-1912) dei principali ospedali di Londra e da pubblicazioni comparse nel *Lancet* e nel *British Medical Journal* nello stesso periodo di tempo. Il numero dei casi raccolti — 35 in tutto — non è grande, ma ciò non fa meraviglia quando lo si confronti con i dati desunti dall'Ufficio generale di statistica per le cause di morte nel Regno Unito. Da uno specchietto, nel quale sono estratti i casi in cui la morte era dovuta a tumore del rene (senza distinzione tra sarcoma e carcinoma e fra tumore del rene e della capsula surrenale) spiccano tre fatti: 1° la grande frequenza della malattia sotto i 5 anni di età; 2° la nessuna influenza del sesso, contrariamente all'opinione di Albarran che ammetteva nei maschi una proporzione maggiore come 3 a 1; 3° l'eccezionale scarsezza dei casi morti in case di cura: il che fa subito pensare al fatto che la diagnosi nei casi non seguìti da autopsia come è della quasi totalità di quelli curati in casa è probabilmente errata, mentre la diagnosi dei casi ospedalieri è basata sul reperto necroscopico. Di fatto dei 35 casi riuniti dall'A. la diagnosi clinica fu confermata in 26 o dall'autopsia o dall'operazione. Comunque fra le cause di morte in tutto il Regno Unito il tumore maligno del rene è accusato in 557 casi sotto i 15 anni, dei quali ben 430 sotto i 5 anni di età.

La scarsità dei sintomi nel sarcoma renale dell'infanzia costituisce una enorme difficoltà per una diagnosi precoce. Le madri parlano di pallore, scarsezza di appetito, dimagramento, tosse: assai raramente di dolore, di scarsezza di urine, di ematuria: mancano dunque sintomi precoci.

Più tardi la madre si accorge di un ingrossamento generale dell'addome o dell'esistenza di una massa su un fianco, ma anche in tal caso il medico può non far la diagnosi: in un caso di quelli raccolti dall'A. fu diagnosticato un ingrossamento della milza e fu riconosciuta la vera natura del tumore solo 20 mesi più tardi in un esame praticato sotto narcosi.

Nell'ipernefroma degli adulti l'analisi dell'urina può fornirci importanti indicazioni sulla funzione renale. Disgraziatamente nei bambini, i metodi di ricerca più fini e recenti sono inapplicabili: infatti l'indice emato-renale, la crioscopia, le iniezioni di florizina e indaco-carminio dànno risultati assai incerti quando si esamini l'urina globale, e il cateterismo degli ureteri non è possibile nei bambini. Non ci restano dunque che i metodi più semplici, cioè la ricerca nelle urine del sangue e dell'albumina. Nei 35 casi, sangue o albumina era presente nelle urine in 10, cioè nel 28 % (il che contrasta col 90 % di tumori renali negli adulti); sicchè nel 72 % l'analisi dell'urina non è in grado di aiutarci. Assai spesso dunque il medico si trova in presenza di un addome ingrandito, nel quale può avvertire la presenza di un tumore la cui sintomatologia è affatto silenziosa. Quasi sempre il bambino è in buone condizioni di nutrizione; è raro il dolore, rara la sensibilità locale: esso era presente in 8 dei casi raccolti, ma non aveva alcuna caratteristica e non aveva affatto costituito il movente per la consultazione medica.

Una lieve febbre è di regola sebbene il pus fosse presente nell'urina solo in un caso. Delle riproduzioni del tumore in altre parti del corpo si manifestano non raramente con piressia, dovuta in parte a infezione settica del neoplasma, in parte ad aumentata produzione di prodotti regressivi di un metabolismo anormale; con la metastasi nel polmone coincide poi una elevazione di temperatura ancora più marcata accompagnata da tosse e da progressivo deperimento. La conta dei globuli ha scarso valore: di solito si ha una modica leucocitosi che al massimo potrà aiutare nella diagnosi differenziale con una splenomegalia. L'ascite è spesso presente (il liquido è talvolta ematico) ma senza raggiungere un grado intenso.

Dimensioni e peso di questi tumori variano notevolmente. Van der Byl cita un caso di un ragazzo di 8 anni in cui il tumore raggiungeva i 14 kg. ossia la metà del peso del corpo; nel caso 3 pesava 1/10; nel caso 11 pesava 1/13 e 1/27 nel caso 15. L'altro rene immune può essere ipertrofico. La bilateralità della lesione è rara e per lo più non contemporanea.

La patologia del sarcoma renale non è ancora definita. Rabdomioma, angiosarcoma, teratoma, embrioma, adenosarcoma, embriocarcinoma sono piuttosto termini descrittivi che quadri istologici reali. Clinicamente questi neoplasmi non si distinguono uno dall'altro e per

quel che riguarda lo sviluppo e la diffusione sono nettamente sarcomatosi. Al microscopio si osserva una molteplicità di elementi cellulari: cellule fusate e rotonde, tuboli limitati da epiteli cubici, cilindri solidi, masse cellulari rassomiglianti ai glomeruli, cellule muscolari liscie e striate e finalmente in casi rari cartilagine, «perle» epiteliali e anche cellule gangliónari. Spesso dunque il tumore è un vero mosaico e quando non si pratichi l'esame su parecchie sezioni si rischia di diagnosticarlo per carcinoma o per sarcoma a seconda dell'elemento che prevale nella sezione esaminata.

Le vedute più logiche a questo proposito sono quelle espresse in *Guy's Hospital Reports*, 1909, da Nicholson, il quale basa la sua classificazione piuttosto sullo sviluppo che su dati istologici. Il rene è una ghiandola composta: uretere, pelvi e tubuli collettori, sviluppati dal dotto di Wolff, sono epiblastici; la parte rimanente — meccanismo secretore e stroma connettivale — sono mesoblastici. Nel rene fetale il tessuto connettivo è presente in eccesso e similmente è una considerevole quantità di fibre muscolari liscie attorno ai tubi collettori: nel rene adulto invece il connettivo è scarso e il tessuto muscolare è limitato a poche fibre situate sotto la mucosa del bacinetto e nella capsula. Quanto al tessuto mesoblastico, il primo a differenziarsi è quello che formerà la capsula di Bowmann e il glomerulo: questo dapprima consta di una massa solida di cellule che sporge in uno spazio limitato da epitelio cubico e solo più tardi si vascolarizza, mentre agli strati periferici le cellule assumono il tipo piatto. Ora il quadro dei tumori renali dell'infanzia riceve luce da questi dati istologici: vi si vedono quasi sempre cellule rotonde e fusate e se accuratamente cercati non mancano mai dei tuboli. Se questi ultimi sono abbondanti, immersi in una massa di aspetto sarcomatoso, è da applicarsi il termine di adenosarcoma. Si può parlare di adenoma maligno quando si osservano acini tubolari limitati da uno strato di epitelio cubico con interpolati cilindri solidi di cellule simili. Tali cellule cubiche dei neoplasmi renali infantili oltrepassano raramente, del resto, la membrana basale, differenziandosi così dalle vere cellule carcinomatose che invadono i tessuti senza alcuna limitazione da parte di membrane. In due casi la presenza di fibre muscolari striate fece porre la diagnosi di teratoma, ma il termine è improprio: cellule epiteliali e fibre muscolari, se presenti, sono ritenute da Bussi come il risultato di metaplasia e non rappresentano nè residui del dotto di Wolff, nè induzioni di miomeri prevertebrali. Nel rene in via di sviluppo la stessa cellula madre mesodermica è capace di dar origine o ad epitelio o a muscolo liscio. Del resto casi di metaplasia non sono rari: il carcinoma del bulbo uretrale è del tipo squamoso; l'utero gravido contiene non infrequentemente fibre muscolari striate; e tale tipo di fibre è spesso presente anche nel sarcoma della cervice e dell'utero.

Si è detto che il sarcoma renale infantile è assai più frequente sul lato sinistro: ma tale rapporto non risulta dai casi raccolti da Jacobi nè da quelli riuniti dall'A.

La prognosi è decisamente infausta. Si è vista la recidiva in circa l'80 % dei casi e in 70 nel primo anno (è rara dopo 4-5 anni).

La nefrectomia precoce è l'operazione di scelta. La mortalità immediata è scesa dal 76 % nel 1885 al 22 % nel 1902 ed è ancora minore al giorno d'oggi: 7.7 % nei casi raccolti dall'A. Di 12 casi di nefrectomia, 2 morirono entro 6 mesi per recidiva, 4 saprawissero per anni, in 3 l'esito non è conosciuto, 1 morì di tisi 3 mesi dopo e 2 sono viventi e sani a un mese e a 6 mesi dall'operazione, rispettivamente. In altre parole 33 1/3 % sopravvissero all'operazione per 3 anni e 25 % per 10 anni. D'altra pare i risultati immediati furono 1 morte su 13 nefrectomie; 2 morti su 7 operazioni esplorative; morti senza operazione: 8.

Seguono le storie cliniche dei casi riportate estesamente per le quali rimandiamo all'articolo originale.

SEBASTIANI.

## NEUROLOGIA.

### Un complesso sintomatico analogo al morbo di Parkinson.

(MINGAZZINI. *Arch. f. Psych.*, 1915, II).

L'A. riporta il caso assai interessante di una contadina cinquantenne, la quale nel 1906 fu colpita da un ictus apoplettiforme con emiplegia destra, scomparsa quasi completamente dopo poco tempo. Comparvero invece accessi convulsivi tonico-clonici, ripetentisi circa una volta al mese. Dopo 5 di tali accessi si stabilì un tremore grossolano all'arto superiore destro e — un po' meno intenso — anche all'arto inferiore dello stesso lato; furono rilevati anche disturbi psichici (la paziente girava nuda per casa, urlava, minacciava). Per quattro anni l'inferma presentò tremore (con i caratteri del tremore parkinsoniano) e ipertonia negli arti di destra e del l'arto superiore sinistro (qui però meno intenso), disartria, paresi del facciale inferiore destro.

# Iodio organico (Iodogelatina Sclavo)

LA PRIMA SCIENTIFICA COMBINAZIONE DI JODIO E GELATINA

scoperta dal Prof. ACHILLE SCLAVO

Ricostituente senza confronto nelle malattie costituzionali e in tutti quei casi nei quali occorre una cura di iodici, la

# IODOGELATINA SCLAVO

sostituisce sempre con vantaggio tutti i prodotti organici e inorganici di Iodio senza fenomeni di iodismo.

*in bottiglie per uso orale*
*in fiale da 5 o 2 cc. per iniezioni ipodermiche.*

RIPETUTAMENTE IMITATA E CONTRAFFATTA

MA INSUPERABILE

CAMPIONI E LETTERATURA A RICHIESTA

ISTITUTO SIEROTERAPICO E VACCINOGENO TOSCANO, SIENA

diretto dal Prof. Comm. A. SCLAVO

Esclusivo concessionario per la vendita: ELIA COLI Chimico Farmacista, SIENA

La morte avvenne nel 1910, dopo un ictus che aveva determinato afasia sensoriale.

All'esame anatomico del cervello — oltre ad un rammollimento delle circonvoluzioni temporali 1ª e 2ª di sinistra, rammollimento che spiega la afasia sensoriale — si riscontrò, a destra, una perdita di sostanza a limiti piuttosto netti, interessante il nucleo caudato, una parte del segmento anteriore della capsula interna, e una parte del nucleo lenticolare. Distalmente si rilevò degenerazione nell'ansa lenticolare, nel corpo di Luys, nella commessura subtalamica posteriore, nelle cellule nervose della *substantia nigra*, nelle fibre della parte mediana del *pes pedunculi*, nei fasci mediali delle vie piramidali, in alcuni gruppi cellulari dell'area paramediana del ponte; scomparsa di una parte delle fibre trasversali del ponte, e di alcuni tratti dei nuclei anteriore, mediale e laterale del talamo; e infine rarefazione delle vie piramidali.

Al complesso sintomatico a carattere parkinsoniano corrispondeva dunque, anatomicamente, una cisti, la quale aveva distrutto una parte del nucleo caudato e il quinto anteriore del nucleo lenticolare e della capsula interna, e aveva determinato fatti di degenerazione in varii complessi di fibre che hanno rapporto con tali formazioni. È logico dunque considerare la lesione di una delle tre formazioni suddette (nucleo caudato, nucleo lenticolare, capsula interna) come causa del complesso sintomatico. Ma, per quanto riguarda il nucleo caudato, le indagini anatomo-patologiche e quelle sperimentali hanno dimostrato finora che esso non ha alcuna manifesta attinenza con le funzioni motorie. Assai meglio invece si accorda con le odierne nozioni di fisiopatologia l'ipotesi che l'ipertonia, il tremore e la paresi abbiano dipeso non solo dalla lesione del quinto anteriore del *putamen*, ma anche da quella delle vie fronto-cerebellari, le quali assai verosimilmente attraversano la porzione anteriore della capsula interna; infatti la diminuzione di motilità e la stanchezza sono sintomi di lesione del sistema fronto-cerebellare. Inoltre si deve ammettere che il polo posteriore della cisti esercitasse una continua stimolazione sulle vie piramidali decorrenti nel segmento posteriore della capsula interna. E poichè in questo segmento le fibre destinate all'arto superiore sono poste più in avanti di quelle che vanno all'arto inferiore, si comprende come il braccio apparisse leso più della gamba.

A confermare questa ipotesi sta il fatto, nettamente rilevabile all'esame microscopico seriale, che in questo soggetto mancava quasi completamente l'incrocio delle vie piramidali; ciò che spiega perchè il tremore era più intenso negli arti di destra.

La disartria dipendeva evidentemente dalla lesione del quinto anteriore del nucleo lenticolare destro; gli studi recenti hanno infatti dimostrato che la lesione del nucleo lenticolare è seguita da disartria sempre quando ha sede a sinistra, ma talora anche quando risiede a destra.

L'analisi dei numerosi preparati microscopici seriali ha permesso inoltre all'A. di portare un valido contributo alla soluzione di varî problemi anatomici, riguardanti specialmente i rapporti che il nucleo caudato, il nucleo lenticolare e la capsula interna hanno con altre formazioni cerebrali.

V. FORLÌ.

## MEDICINA SOCIALE.

### Cellulodermiti da autocontusione.

Bianchini, nei numeri 9-11 del *Bollettino della Cassa Nazionale per gli infortuni*, riferisce le indagini sperimentali da lui fatte per stabilire il meccanismo fisio-patologico di quelle neoformazioni connettivali che furono per primo descritte dal Sécretan (edema duro) e che furono in Italia specialmente studiate dal Bernacchi, dal Mori e dal Biondi. Queste alterazioni ormai è assodato essere il più delle volte simulate dagli infortunati, a scopo di lucro, mediante la percussione ripetuta, con adatte manovre, dei tessuti superficiali, specie delle mani. Le esperienze vennero dal Bianchini praticate sulle scimmie, perchè questi animali hanno la pelle che più si avvicina a quella umana, percuotendo i tessuti, protetti con un panno, con un mestolo levigato.

I fenomeni anatomo-patologici e clinici osservati, possono distinguersi in tre diversi gruppi, che possono considerarsi tre stadî del processo.

In un primo stadio (edema molle) si ha tumefazione della parte, si può imprimere una impronta spiccata col dito, si hanno fatti flogistici intensi, si può, con la siringa Tursini, aspirare con facilità un liquido sieroso o siero-emorragico. Durante questo periodo, che dura da 10 a 15 giorni, il reperto istologico della cute è quello di un edema assai molle, che ha sfibrato e dilacerato in fibrille elementari il connettivo dell'ipoderma il quale forma una rete a larghe maglie tra le quali sono abbondantissimi elementi morfologici (eritrociti, detriti cellulari, cellule connettivali fisse e mobili). Questi ele-

menti scemano man mano che ci avviciniamo al 2° stadio (20°-25° giorno) in cui si hanno fenomeni proliferativi del connettivo.

Fin dal 5° giorno l'epidermide si mostra stimolata a fatti proliferativi. È caratteristico lo spianarsi della sua superficie libera ed il disporsi a festone della superficie profonda: lo strato corneo, nonostante l'attività proliferante delle cellule epiteliali degli strati sottoposti, non si inspessisce mai, come potrebbe sembrare, ma anzi diminuisce di spessore, si stacca e cade. Le papille del derma, sempre nel primo stadio, si atrofizzano e scompaiono, progressivamente, per l'allargamento dei gettoni interpapillari, le cui cellule apicali si spingono nel derma; le cellule laterali di questo, come tante digitazioni, compenetrano il connettivo della papilla, lo strozzano ed in ultimo lo fanno sparire. Nell'ipoderma predominano fatti di sfacelo, di distruzione e di infiammazione, e cioè: edema intenso, sfibramento del connettivo, spezzettamento delle fibre elastiche, distruzione delle loggie grassose con spandimento di grasso. Si hanno, oltre a ciò, alterazioni delle pareti vasali, con edema delle tonache esterne e medie, infiltrazione di globuli rossi e di cellule rotonde; l'intima ha l'endotelio rigonfio o staccato, o caduto dentro al vaso. Si ha, inoltre, trombosi, iperemia, infiltrazione perivasale, stasi.

Nel 2° stadio la cute s'inspessisce e diventa dura, perdendo così la proprietà di ricevere l'impronta col dito: dopo le battiture essa si tumefà molto meno di quanto accade nel primo periodo. All'esame istologico dominano la scena i fatti formativi del connettivo.

L'epidermide ha caratteri che poco diversificano da quelli del 1° stadio e mostra sempre spiccata sensibilità agli stimoli eccitatori della sua ipertrofia ed iperplasia.

Nel cellulare sottocutaneo si osserva un edema meno intenso di quello del 1° stadio. Tessuto connettivo neoformato occupa il posto delle logge adipose ed inviluppa le glandole sudorifere. La maggior parte dei vasi sono del tutto o quasi obliterati.

Nel 3° stadio la cute è foggiata a tumoretto duro, spostabile sui tessuti sottostanti, e non si tumefà con le successive battiture.

All'esame istologico dominano fatti di sclerosi. L'epidermide, adattatasi ai traumi, ha perduto l'eccitabilità agli stimoli traumatici.

L'ipoderma ha maggiormente accentuate che non nel 2° stadio le neoformazioni connettivali che sostituiscono loggie adipose e ghiandole, mentre i vasi sono obliterati, ed i nervi in preda a fatti degenerativi.

Il Bianchini, per quanto gli è stato possibile, ha fatto esperimenti di battiture anche sull'uomo, ed i risultati avuti non differenziarono da quelli precedentemente descritti se non per il grado, avendo dovuto attenuare la violenza della contusione.

Alla stregua dei reperti istologici trovano spiegazione i segni clinici esterni e cioè: le vescicole miliariche, le ecchimosi puntiformi, le piccole ulcerazioni, le suffuzioni ecchimotiche, la lucentezza della cute dovuta alla mancanza di strato corneo, la sua levigatezza, causata dallo spianamento delle creste dermiche e dei solchi interpapillari, la cianosi, ecc.

Il risultato di queste ricerche conduce ad una importante applicazione medico-legale, in tema d'infortunistica: la diagnosi della auto-contusione. Asportando, infatti, con un coltellino di Graefe una sottile strisciolina di epidermide della regione sospetta e sottoponendola all'esame istologico, avremo la prova della simulazione quando troveremo: superficie libera pianeggiante per scomparsa dei solchi interpapillari; ipotrofia o mancanza dello strato corneo, ipertrofia delle cellule del corpo mucoso; approfondamento nel derma di gettoni epiteliali formati di alte cellule claviformi disposte a palizzata, con i nuclei in divisione od in via di esserlo.

Per valutare lo spessore dell'epidermide nelle varie regioni del corpo abbiamo le tabelle di Robin, Retterer, Drossdorf; per conoscere lo spessore relativo tra lo strato corneo e gli altri stati epidermici, abbiamo le tabelle di Drossdorf.

Tra l'edema da stasi e l'edema traumatico esistono parecchie differenze essenziali: mentre in quest'ultimo non vi sono alterazioni a carico dello strato papillare, sottopapillare e del derma reticolare, questi tessuti sono gravemente colpiti nell'edema da stasi.

Nell'edema traumatico i fasci dell'ipoderma sono risolti nelle loro fibrille elementari, che costituiscono una rete nella quale stanno numerosi elementi morfologici di vario genere: nell'edema da stasi gli elementi morfologici mancano del tutto, ed il connettivo è ridotto ad un insieme di detriti, inzuppati dall'edema: nel primo esistono, in una parola, tutti i segni della flogosi, nell'altro mancano affatto.

Per distinguere le lesioni da monotraumatismo, da quelle auto-contusive bisogna tener presente che depone per la simulazione l'esistenza d'un tumoretto connettivale del cellulare sottocutaneo, affusato, od a forma di focaccia, al disopra di un osso o di un'articolazione. Nel monotraumatismo mancano le punteggiature ecchimotiche, le escoriazioni puntiformi, le ulcerazioni con orli rilevati, a fondo torpido, proprie delle au-

tolesioni; la cute non sarà lucida, distesa, sottile, violacea; non si avranno peli tronchi con fatti di follicolite; non si avrà la comparsa, dopo settimane o mesi dal trauma, della suffusione verde-giallastra propria della trasformazione di uno stravaso profondo recentemente provocato.

S. DIEZ.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

**Sezione chirurgica dell'Ospedale di Grosseto**
diretto dal dott. prof. O. CIGNOZZI.

## Voluminoso meningoencefalocele con assenza dell'occipitale

per il dott. PIETRO AZARA, aiuto.

Il caso che abbiamo avuto modo di osservare non è privo d'importanza, e come tale, ci è sembrato opportuno farne una dettagliata descrizione, per le considerazioni che su di esso si possono fare.

P... M..., d'anni 23, coniugata, da Roccatederighi, primipara. Niente di notevole nel gentilizio e nel passato della suddetta. Gravidanza normale; parto a termine. Procedutosi all'esplorazione nel periodo dilatante, dopo avvenuta la rottura del sacco, si fa diagnosi di presentazione podalica, varietà natiche in S. I. D. A.

Il travaglio del parto procede normalmente e si espleta senza nessun intervento strumentale, soltanto dopo il disimpegno degli arti inferiori si procede all'estrazione manuale del resto del tronco e della testa ultima.

Feto di sesso mascolino, a sviluppo completo; esso presenta in corrispondenza del cefalo una anormalità che attrae subito la nostra attenzione. La testa si presenta di volume normale col maggior diametro antero-posteriore: in corrispondenza della parte posteriore del cranio fuoriesce liberamente una massa sferica, del volume d'una grossa arancia. Dopo attento esame abbiamo constatato che detta massa altro non era se non il cervelletto e la porzione posteriore dei lobi parietoccipitali, regolarmente rivestiti dei loro involucri meningei.

Di che cosa si trattava? Si pensò subito ad una forma di meningoencefalocele, ed in questa diagnosi siamo rimasti, quantunque si convenne di riconoscere una forma speciale di meningoencefalocele, che per varî caratteri si differenziava dal tipo classico di meningoencefalocele descritto da varî autori (Meckel, Cruveilhier, Lériche, Larger, Muscatello, Kirmisson, ecc.).

Noi sappiamo infatti che il meningo-encefalocele ha due sedi di predilezione, una in corrispondenza della parte posteriore del cranio, l'altra in corrispondenza della parte anteriore. In uno di questi due punti, può, per un'alterazione potologica, riferentesi al periodo fetale, (arresto di sviluppo della teca membranosa) venire completamene a mancare la parete ossea e l'involucro della dura madre. Orbene, nel nostro caso, potemmo constatare l'assenza quasi completa della squama occipitale al cui posto si osservava un ampio foro ovalare, a margini dentellati, in corrispondenza del quale mancava anche completamente ogni rivestimento costituito dal cuoio capelluto.

Da questo foro, come abbiamo già detto, si vedeva fuoruscire la sostanza nervosa (cervelletto e la parte posteriore del cervello).

Contrariamente poi a quanto si osserva nel comune meningoencefalocele, non mancava affatto, in nessun punto, il rivestimento durale, tant'è vero, che, avvenuta dopo un quarto d'ora di vita la morte del feto, noi potemmo dissezionare benissimo la dura madre e mettere a nudo l'aracnoide sottostante. Per l'insieme di questi caratteri noi abbiamo ammesso trattarsi d'una forma speciale di meningoencefalocele occipitale, e questa diagnosi abbiamo confermato dopo averne avanzato anche un'altra, che però subito abbiamo dovuto scartare non presentando questa nessun fondamento.

Ammettendo infatti trattarsi d'un caso di voluminosa idrocefalia in parto con presentazione podalica, si poteva anche pensare che nel periodo espulsivo si fosse avuta, per forte ed esagerata compressione attraverso la trafila pelvica, la rottura dell'idrocefalo in corrispondenza della fontanella posteriore, che come si sa, trovasi nel punto confluente della sagittale colle due branche lambdoidee.

Per escludere quest'evenienza basti ricordare che noi abbiamo assistito al travaglio del parto durante tutto il periodo espulsivo, e questo possiamo affermare che fu normalissimo, ed in base a questa considerazione possiamo perciò escludere qualsiasi accidentalità che possa avere provocato la rottura dell'idrocefalo. D'altra parte bisogna pur ricordare, che dopo l'espulsione del feto non abbiamo notato la presenza, neppure minima, di liquido cefalico; infine in corrispondenza del foro non si notava che una scarsa porzione di sostanza cartilaginosa che sarebbe stata invece molto estesa se si fosse effettivamente trattato di idrocefalia.

Il fascicolo di settembre della nostra Sezione medica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. P. SISTO. *Studio anatomo patologico dell'ittero emolitico* (con una tavola litografica).
2. Dott. V. MASSAROTTI. *La cura endovenosa del preparato Ehrlich-Hata nella paralisi progressiva.*

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Conversazioni castrensi promosse dal Gruppo di propaganda medico nella guerra.

Milano - Seduta del 2 settembre.

Il prof. DEVOTO, quale delegato del Gruppo, apre la seduta nell'aula dell'Istituto Clinico.

Con questi nostri periodici incontri, egli dice, vediamo di mettere in circolazione nozioni e fatti, che possano essere utilizzati per i nostri combattenti.

Richiama il servizio sanitario della Germania ove si è ritenuto utile valersi in guerra di tutti i medici specializzati, ove si prevengono con efficacia le malattie infettive e si mettono i soldati feriti od infermi, in grado di ritornare sollecitamente tra i combattenti.

PEREZ (Pavia). *Flemmone gangrenoso.* — L'O. richiama l'attenzione su di una forma di flemmone gangrenoso che ha avuto occasione di osservare in alcune ferite d'arma da fuoco, associate a frattrue, ed è caratterizzata dal vasto e progressivo disfacimento necrotico dei tessuti e gravi fenomeni tossici.

A questa entità morbosa sono da ascriversi molti dei casi definiti come gangrena gassosa, erisipela bronzina, enfisema traumatico, gangrena galoppante, pneumoemia, ecc., denominazioni tutte improprie, essendo la gangrena l'esito, l'ultima fase, di un processo morboso, anzi di entità cliniche fra loro sostanzialmente diverse, ed ispirandosi le altre definizioni a semplici manifestazioni obbiettive o di decorso.

La denominazione invece di flemmone gangrenoso, basata su criteri anatomici, esprime l'essenza intima del processo. Anatomo-patologicamente l'affezione è pertanto caratterizzata da un processo necrotizzante che colpisce i tessuti tutti dall'osso sino al cellulare sottocutaneo e consecutivamente anche la pelle. L'osso è denudato dal periostio, il periostio necrotico, disfatto; i muscoli ridotti in poltiglia come feccia di vino, di odore acre, ovvero, se conservati nella loro forma, di aspetto di carne cotta, aponevrosi necrotiche, cellulare disfatto, vasi in parte trombizzati, in molte venuzze si scorgono numerose bollicine gassose: il sangue che proviene dai vasellini anteriori è tenue acqueo ed ha l'aspetto di lavatura di carne. Dai tessuti vien fuori un liquido spumoso di odore rancido acre.

Nessuna traccia di pus. La pelle in una prima fase è di colore rosso rameico, con marezzamento venoso, negli stati avanzati si presenta rammollita con chiazze grigiastre scure, e verdastre, flittene a contenuto sanguinolente, qui e là il derma trovasi per estesi tratti scoperto.

Note cliniche locali: tumefazione, cute fortemente tesa dell'aspetto sopradescritto, edema piuttosto duro, crepitìo enfisematoso, elevazione termica locale in genere non notevole, talora raffeddamento di zone cutanee, pressione non eccessivamente dolorosa, a volte insensibilità alla pressione, ma dolori spontanei talora intensi.

Note cliniche generali: sensorio integro, talora agitazione ed ansia; temperatura oscillante dai 38° C. - 38°,5 C. ai 39° C., raramente ai 40° C. con remissioni mattutine, non preceduta da brividi nè seguita da sudori; polso frequente (100-120, talvolta 130-140); nessun disturbo gastro-enterico, tinta subitterica all'inizio, gradatamente accentuantesi sino ad un ittero intenso.

Esami batteriologici (aerobici e anaerobici) del sangue ottenuto col salasso alla piega del gomito, negativi.

Nella fase inoltrata talvolta ipotermia, dissociazione fra polso e temperatura; morte per tossiemia.

Il decorso tanto delle alterazioni locali che delle manifestazioni generali è in tale forma rapidamente progressivo. Diventa particolarmente impressionante quando insorgano i fatti gangrenosi a carico della pelle.

Ha importanza massima la *diagnosi* precoce della natura del processo flemmonoso, che bisogna fin dall'inizio differenziare dal comune flemmone da piogeni.

Nella forma gangrenosa manca il caratteristico arrossamento dei processi comuni flemmonosi, l'accentuata ipertermia e dolenzia locale; si accennano invece sin dall'inizio le note di asfemia (colore rameico, marezzamento venoso, raffreddamento). Il crepitio enfisematoso è costante. Quanto alle manifestazioni generali possono valere come criteri differenziali la presenza di ittero, l'ipertermia, senza brividi o sudori, in genere meno accentuata che nei comuni flemmoni.

La *prognosi* per quanto assolutamente infausta se non s'interviene opportunamente, lascia tuttavia adito a speranze non solo di guarigione ma di conservazione dell'arto, specialmente se si interviene precocemente e prima che vi sia iniziato lo sfacelo della cute. Ma anche in questi ultimi casi si può e si deve tentare la conservazione.

Certo se ogni traccia di vita nell'arto è spenta, se esso è completamente disfatto, non è il caso di tardare la demolizione della parte distrutta; ma se nell'arto, per quanto estesamente gangrenato, vi sono parti ancora vitali, il ten-

# Nella Terapia delle ANEMIE

PRIMITIVE e SECONDARIE (Clorosi, Linfatismo, Scrofolosi, Amenorrea, Dismenorree, Anemia delle gravide, Anemie secondarie a malattie infettive acute (tifo, influenza ecc.) o croniche (malaria, sifilide, tubercolosi), Anemie post-emorragiche, Anemie da intossicazioni esogene od endogene, Stati cachettici, ecc. ecc.)

## dà resultati superiori

## a quelli di ogni altro preparato l'

# Adrenofer

perchè associando all' azione terapeutica del ferro e del manganese, quella dei principî attivi delle capsule surrenali, riesce di pronta e grande efficacia, di perfetta tolleranza, corregge gli stati dispeptici secondari, esercita un' azione neuro-mio-tonica generale.

---

*Si dà solo per bocca: da 20 a 50 gocce al giorno in due volte prima dei pasti.*

---

Campioni e letteratura a richiesta.

**ISTITUTO SIEROTERAPICO E VACCINOGENO TOSCANO, SIENA**

**DIRETTO DAL COMM. PROF. A. SCLAVO**

Esclusivo concessionario per la vendita: Elia Coli, Chimico Farmacista, Siena

# SIERO ANTIDIFTERICO

## DEL SIEROTERAPICO DI SIENA

Il Siero antidifterico dell' Istituto di Siena è preparato esclusivamente ad alto potere antitossico mediante speciale scelta fra gli animali siero - produttori, **evitando** il concentramento dei sieri meno attivi ed altri procedimenti.

(I sieri concentrati contengono nel residuo della concentrazione le sostanze tossiche di parecchi cc. di siero).

(500 u. i. ogni cc.)

3 cc. — 1500 unità immunizzanti
2 cc. — 1000 „ „
1 cc. — 300 „ „

## Siero Antidifterico antibacterico per pennellazioni

Si cambia gratuitamente dopo la data della scadenza

**Campioni e letteratura a richiesta**

ISTITUTO SIEROTERAPICO E VACCINOGENO TOSCANO, SIENA

diretto dal Prof. Comm. A. SCLAVO

**ELIA COLI, SIENA, esclusivo concessionario per la vendita.**

SIENA - STAB. ARTI GRAFICHE LAZZERI

tativo di conservazione può avere pieno successo.

Il Perez riferisce il caso di un soldato con frattura della tibia e del perone e con gangrena putrida coinvolgente anche la pelle dal dorso del piede al terzo inferiore della coscia (pelle già verde, cosparsa di flittene rammollita e qua e là con epidermide completamente distrutta), in cui essendo ancora perfettamente conservata la vitalità delle dita e di tutta la pianta del piede, nonchè di qualche limitata zona cutanea al polpaccio, volle tentare, pur essendo le condizioni dell'infermo assai gravi, la conservazione mercè sbrigliamenti multipli e cauterizzazioni estese ininterrottamente dal dorso del piede alla coscia, profondi sino alle superficie ossee ed al legamento interosseo, sbrigliamenti interessanti le singole guaine aponevrotiche.

Grazie a tale intervento, coadiuvato da opportune cure generali (abbondanti ipodermoclisi, eccitanti, diuretici) e locali (lavaggi copiosi con acqua ossigenata ed ipoclorito di calcio, impacchi caldissimi con ipoclorito di calcio) si è potuto ottenere la conservazione dell'arto.

Naturalmente occorrerà riparare le vaste perdite dovute all'eliminazione dei tessuti gangrenosi, fra cui quasi tutta la pelle del dorso del piede e della gamba, come si rileva dalle fotografie presentate.

Perez insiste sulla necessità di praticare (a differenza che nei comuni flemmoni) gli sbrigliamenti nel modo anzidetto.

Riferisce anche un altro caso, proveniente da altro ospedale, in cui erano state di recente praticate ampie incisioni, interessanti a pieno spessore i muscoli del polpaccio, e tuttavia la forte tensione della parte, caratteristica del processo sudescritto, non era menomamente diminuita. I muscoli del polpaccio facevano forte ernia attraverso la ferita.

Fa notare che a volte i muscoli superficiali appaiono normali, e tuttavia il processo necrotico ha colpito estesamente l'osso, il periostio, le aponeurosi e i muscoli profondi, donde la necessità di raggiungere sistematicamente con le incisioni le superficie ossee.

Non crede alla utilità delle iniezioni di acqua ossigenata, ed afferma invece la grande efficacia dell'ipoclorito di calcio (da anni usato nella Clinica di Roma e nella sua Clinica di Pavia) in soluzione acquosa satura, senza il più piccolo inconveniente e senza ricorrere ad alcuna neutralizzazione, essendo assolutamente ingiustificato il timore della corrosione dei tessuti viventi.

In un caso in cui, per totale sfacelo del piede e della gamba sino in prossimità del ginocchio, fu costretto amputare, ebbe ottimo risultato dalla amputazione circolare al limite della gangrena, senza lembi nè sutura consecutiva, e con cauterizzazione della superficie cruenta. Tale metodo, già da altri consigliato, ha il grande vantaggio di limitare, il più che sia possibile, l'estensione del tratto da demolire, fatto che nel caso anzidetto ha avuto la massima importanza, essendosi potuto conservare l'articolazione del ginocchio.

ROSSI B. (Milano). In base alla osservazione personale di sei casi e alla altrui esperienza ritiene preferibile l'intervento.

A. PASINI (Milano). A proposito di un caso di gangrena gassosa all'arto inferiore sinistro e venuto a morte, osserva che la sintomatologia clinica di questa forma morbosa varia alquanto da caso a caso, così come vari sono i microrganismi che dai singoli malati furono isolati. È pertanto verosimile che la gangrena gassosa più che una entità morbosa a sintomatologia fissa e ben determinata, costituisca e rappresenti una sindrome, che riveste diversi caratteri ed assume speciale andamento benigno o grave, in ragione del parassita che l'ha determinata. Nel caso visto da Pasini fu coltivato, nei tessuti gangrenosi, dal prof. Belfanti il *bac. perfringens*: con questo bacillo il prof. Belfanti preparò un siero curativo, che ben volentieri porrà a disposizione di quanti desidereranno esperirlo in casi di gangrena gassosa.

PEREZ insiste nel concetto che il nome di « gangrena gassosa » indica la fase terminale, l'esito di un processo, ma non è appropriato per definire nel suo insieme una entità morbosa. Richiama la molteplicità degli agenti batterici riscontrati. Insiste sulla possibilità e sul dovere di tentare una terapia conservativa.

PERUSSIA (Milano). *La 1ª automobile radiologica italiana.* — L'O. dimostra con proiezioni la prima automobile radiologica italiana. Da tempo l'O. va sostenendo la necessità della istituzione di automobili radiologiche destinate sopratutto a disimpegnare il servizio di radiologia negli ospedali militari di seconda linea.

---

Il fascicolo di settembre della nostra Sezione medica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. G. SCANDOLA. *Contributo alla casistica delle ernie diverticolari e del « Littre ».*
2. Dott. G. TROTTA. *Semplificazione di tecnica nelle laparoplastiche per sventramenti post-laparotomici con applicazione alla cura radicale delle ernie ventrali.*
3. Dott. L. C. ZAPELLONI. *La prova di Bordet e Gengou nella infezione echinococcica dell'uomo.*
4. Dott. G. MORONE. *Sui cosidetti tumori misti del palato.*

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### I plessi cardiaci e l'innervazione dell'aorta.

Il Vaquez sostiene, per la patogenesi dell'angina di petto, che gli accessi dipendano dalla brusca distensione che un'aorta già ammalata viene ad un determinato momento a subire per effetto di un improvviso aumento della pressione del sangue.

Questo modo di vedere troverebbe una conferma nelle ricerche anatomiche che il Manouélian ha fatte recentemente (cfr. *Annales de l'Instit. Pasteur*, XXVIII, 6, pag. 579) col metodo dell'impregnazione argentica.

Egli ha potuto così mettere in evidenza, nel cane, numerosi centri nel plesso cardiaco posteriore, terminazioni motrici in corrispondenza delle fibre elastiche e delle cellule muscolari liscie dell'arco aortico, e terminazioni sensitive nel tessuto connettivo della tunica media dell'aorta stessa. A queste terminazioni sensitive, che costituiscono un dato nuovo, spetterebbe una importante funzione nei fenomeni vasomotori, poichè le fibre sensitive periferiche porterebbero gli stimoli alle loro cellule d'origine, le quali, per mezzo del loro prolungamento centrale, li trasmetterebbero ai centri simpatici vasomotori, dai quali partirebbe l'eccitazione la quale, percorrendo il loro prolungamento periferico, giungerebbe fino alle cellule muscolari, provocandone la contrazione o il rilasciamento e quindi diminuendo od aumentando il calibro del vaso. G. SABATINI.

## CASISTICA E TERAPIA.

### La prognosi nelle malattie cardiache.

Si può dire che in nessun altro gruppo di malattie la prognosi venga chiesta con tanta insistenza; ed essa ha di fatto molta importanza, sia perchè è diffusa la conoscenza della necessità che il cuore sia integro per la continuazione della vita, sia per le condizioni drammatiche in cui si presenta talvolta la morte subitanea per una sua lesione, sia infine per la prontezza con cui si manifestano subbiettivamente i disordini delle sue funzioni. Il fatto poi che si tratta di un organo muscolare a fibre liscie, il quale risponde con più rapidi cambiamenti nella sua azione e ad un maggior numero di stimoli che ogni altro organo similare, rende più difficile la prognosi. Questa, in presenza di una grossa lesione del sistema cardio-vascolare, deve rispondere a due questioni: *a*) quanto a lungo può vivere il paziente; *b*) come ne risentirà la sua vita (Edgar Lea. *The British med. jour.*, 1915, p. 1936).

Le condizioni principali con cui avremo da fare, si possono raggruppare nelle seguenti: 1) malattie valvolari; 2) degenerazione cardio-arteriosa; 3) disturbi meccanici, specialmente aderenze del pericardio; 4) endocardite maligna.

Tralasciando quest'ultima per l'evidenza dell'esito fatale e le aderenze pericardiche per la loro concomitanza ad altre lesioni, ci troviamo innanzi alle lesioni valvolari, che seguono ad un'infezione nel principio dell'età adulta, ed alle malattie cardio-arteriose, che rappresentano lo sforzo imposto alla circolazione da cause agenti a lungo e gradatamente.

Il riconoscimento di queste lesioni rappresenta una diagnosi ed è indubbiamente di una certa utilità, ma nulla ci dice dal lato prognostico; il fattore più importante in tal caso, è il miocardio e le lesioni di cui si è fatto parola devono venir considerate in rapporto agli effetti che producono su questo elemento essenziale. In tal caso i sintomi subbiettivi forniscono dei dati notevoli sulla efficienza cardiaca, così p. e. la dispnea che segue uno sforzo, il quale veniva dapprima compiuto facilmente — limitazione del campo della risposta cardiaca (Mackenzie). Quando un cuore viene così colpito in età relativamente giovanile, le probabilità di una lunga vita sono assai scarse. Però il decorso di tali casi è ben lungi dall'essere regolare; la dispnea può essere notevole al principio, senza crescere notevolmente per degli anni, mentre in altri casi si verifica la morte in età giovanile; le cause dell'aggravamento di prognosi debbono ricercarsi in accidenti a cui tali ammalati sono esposti e cioè: 1) embolismi; 2) disturbi funzionali; 3) dilatazione cardiaca; 4) angina pectoris.

1) *Embolismi.* Sono abbastanza comuni, affatto imprevedibili, non sempre fatali; talvolta, come nel caso di embolismo cerebrale, limitando le occasioni di sforzo del cuore, prolungano l'esistenza.

2) *Disordini funzionali.* Il più frequente è la *fibrillazione auricolare,* che, nel 50 per cento delle malattie cardiache, conduce a morte. Obbiettivamente è caratterizzata da polso irregolare e spesso frequente; la sua comparsa modi-

fica sfavorevolmente il decorso della malattia, che appare allora in forma di scompenso cardiaco, con edemi, e congestioni polmonare ed epatica. Vi possono essere fasi di relativo benessere alternantisi con quelle di scompenso, in cui nell'un caso predominerà l'angoscia precordiale, nell'altro dispnea e palpitazioni oppure disturbi riflessi viscerali.

Importante in questi ammalati è il modo con cui rispondono ai medicamenti della serie digitalica, e nessuna prognosi può farsi se non dopo che si sono saggiati; per mezzo di essi molti di tali ammalati possono godere per degli anni un relativo benessere, mentre altri non ne ritraggono giovamento.

Quando si osserva la fibrillazione auricolare, la fine può verificarsi o con uno scompenso graduale, o subitaneamente per fibrillazione ventricolare. Altro dei disordini funzionali è la *tachicardia parossistica*, la quale è occasionale e spontanea, di durata difficile a precisare. Raramente però è fatale per sè stessa, e nei casi in cui la si vede ripetersi ed aggravarsi, occorre ricercarne una causa riflessa, specialmente gastro-intestinale, rimossa la quale scompare spesso anche la tachicardia. Il *blocco del cuore* ad un grado tale da provocare la sindrome di Stokes-Adams deve essere considerato come una condizione molto grave, anche se alcuni di tali pazienti possono vivere abbastanza a lungo.

3) *Dilatazione cardiaca*. Come il polso alternante è uno dei sintomi più gravi per la prognosi. Essa è data dall'esaurimento della proprietà di tonicità, che non deve però venir considerata come una conseguenza dell'indebolimento miocardico, ma piuttosto questo risulta da quella. Clinicamente è caratterizzata dal polso frequente con ritmo regolare, estensione dell'area di ottusità cardiaca, specialmente a destra, segni generali di edemi. Sono da escludersi da questo gruppo i casi in cui la dilatazione dipende da cause meccaniche od è associata con enfisema. Specialmente caratteristica è la frequenza del polso che si ha anche nel riposo; e non è suscettibile di miglioramento con i medicamenti. I giovani possono talvolta ristabilirsi sebbene molto lentamente; con arterio-sclerosi la prognosi è disperata, incerta nelle malattie mitraliche.

4) *Angina pectoris*. Nelle forme severe la prognosi è generalmente considerata come grave, però l'A. non ritiene che la fine sia anticipata in coloro che ne soffrono. La morte spesso è dovuta all'indebolimento di contrattilità.

Per quanto poi riguarda l'efficienza del miocardio, è evidente la quasi impossibilità di fare qualsiasi previsione all'inizio della lesione cardiaca; in un solo caso si può stabilire una prognosi, e fatalmente grave, quando si riscontri il polso alternante, che, come è noto, è dato dal succedersi di una pulsazione forte con una debole; tale sintoma deve essere ricercato con molta cura, può notarsi anche solo per poche rivoluzioni cardiache e spesso può esser messo in evidenza solo col metodo grafico, dopo uno sforzo o per poche pulsazioni dopo un'extrasistole. Dopo che si è verificato questo sintomo, il decorso si fa notevolmente rapido, l'ammalato è dispnoico anche in riposo, sopravvengono edemi, attacchi anginosi e morte.

È bene poi rammentare che vi è una piccola, ma apprezzabile quantità di casi di malattie valvolari, in cui la vita è mantenuta con poche o punte incapacità funzionabili riferibili al cuore e la morte può essere causata da condizioni estranee ad esso.

FIL.

## L'uso terapeutico del riflesso oculo-cardiaco nelle crisi tachicardiche.

È noto che la forte compressione dei bulbi oculari provoca un rallentamento del polso, che si verifica 4-5 secondi dopo l'inizio della compressione. Questo riflesso, già utilizzato come sussidio diagnostico, è evidentemente in dipendenza di una eccitazione del vago; il rallentamento poi non si manifesta con un aumento regolare della durata delle pause, ma con la produzione di pause ineguali susseguenti.

Poichè appunto i diversi procedimenti terapeutici negli accessi di tachicardia parossistica hanno lo scopo di provocare un'eccitazione del vago, sperando nella sua azione inibitrice (anche col metodo di Vaquez, cioè con l'ingestione di una grossa pillola, non si ha che una eccitazione indiretta del vago). C. Lian (*Arch. des malad. du Coeur*, 1915, n. 7) ha consigliato di ricorrere alla compressione dei bulbi oculari.

Tale procedimento è affatto innocuo: gli ammalati non si lamentano che di un lieve disturbo respiratorio e di una lieve cefalea durante la compressione; si può inoltre graduare in certo modo, l'intensità dell'eccitazione, con la palpazione del polso radiale, sospendendo la compressione, quando si manifesti una pausa inquietante.

L'influenza cardio-inibitrice è superiore a quella del trattamento con emetici e della deglutizione di un bolo voluminoso. Il rallentamento cardiaco raggiunge il massimo durante la compressione oculare, ma persiste ancora, dopo di essa; così per una compressione ocu-

lare di 15 secondi, il ritmo cardiaco ritorna alla sua frequenza anteriore solo dopo 90-120 secondi.

Sebbene la pratica clinica non abbia dato ancora risultati decisivi, si può sempre tentare nelle crisi di tachicardia parossistica tale espediente: per prolungare e rinforzare l'azione inibitrice si può ripetere la compressione. FIL.

### Aneurisma arterio-venoso della femorale.

Un soldato di 25 anni riceve una palla che gli attraversa la coscia sinistra al terzo superiore; passati circa 2 mesi, riprende servizio al reggimento, senza accusare alcun disturbo. Tre mesi dopo, in seguito ad una cavalcata di sei ore, avverte dolore nella regione ferita e subito si ha la formazine di un aneurisma arterio-venoso, evidentemente causato dalla ferita prodotta dalla palla all'arteria femorale. (G. Gore Gillon. *British medical Journal*, 1915, pag. 1043).

All'esame obbiettivo si nota tumefazione e pulsazione visibili nel triangolo di Scarpa e lungo la linea del canale di Hunter; la pulsazione è visibile anche al ligamento di Poupart ed al disopra di esso. Sulla tumefazione e lungo l'arteria femorale si sente un rumore come di gatto quando fa le fusa. Non si avverte pulsazione all'a. dorsale del piede, si sente invece alla tibiale posteriore, e, debole, alla poplitea.

Le vene della coscia non sono varicose; un po' dilatate quelle del polpaccio; con la stazione eretta il piede sinistro si fa più congesto e le vene diventano prominenti. Dopo applicazione all'inguine della fascia di Esmarch comprimendo per tre minuti la femorale non si nota alcun cambiamento; solamente il piede e la gamba rimangono cianotici: analogamente si comporta l'arto inferiore destro, il che dimostra che in ambedue i polpacci vi è flebo-sclerosi e che la circolazione collaterale dell'arto sinistro si compie bene.

*Atto operativo.* Incisione lungo l'arteria, dall'apice del triangolo di Scarpa per 12 cent. in basso lungo il canale di Hunter; spostamento del sartorio e di due grosse vene, che correvano parallele.

L'arteria femorale era ingrandita in tutti i sensi; la vena femorale vi stava vicinissima, grossa quasi quanto la cava, con una connessione aneurismatica lunga circa 8 mm. Non esisteva una vera sacca, essendo l'aneurisma di formazione recente: l'ingrandimento era a carico della vena.

Allacciatura dell'arteria per 5 cent. sopra e 5 cent. sotto la lesione, con seta grossa; sollevando la porzione allacciata, l'A. vide una piccola arteria che prendeva origine da essa, e ne asportò per più di 2 cent. fra due allacciature con catgut.

Il rumore di fusa cessò prima della chiusura della ferita. Levati i punti, nove giorni dopo, si potè sentire, per quanto debolmente, il battito della dorsale del piede; si poteva udire un ronzìo venoso in vicinanza della lesione, che però non si propagava fino al ginocchio, esso era affatto diverso dal rumore aneurismatico e dovuto alla dilatazione venosa. L'aneurisma si poteva considerare guarito ed il paziente si sentiva perfettamente bene.

I casi di tal genere vanno operati presto per impedire i danni della dilatazione venosa.

FIL.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(541) *Otturazione dei canali radicolari dei denti.* — Vorrei conoscere le formule: della pasta alla formalina e del trio che si usano per la otturazione dei canali radicolari. Vorrei pure conoscere il metodo più sicuro per otturare i denti con carie di 3° grado quando non è possibile estrarre la polpa dai canali radicolari.

Dott. Gioacchino Marchi.

Riguardo alla pasta alla formalina e trio si rispose ad identica sua domanda nel « Policlinico » del 9 novembre 1913, fascicolo 45.

La polpa dentale, di cui si è praticata la devitalizzazione, o la polpa cancrenata, non dovrebbe mai rimanere nei canali radicolari di un dente otturato; rimanendovi, sarà causa presto o tardi di ascesso alveolo-dentario.

Quando per la tortuosità, per l'eccessiva sottigliezza dei canali o per la situazione anomala di essi non è possibile di farne la pulitura meccanica completa fino all'apice radicolare, il metodo più consigliabile è il seguente:

Prolungata disinfezione (due o tre settimane) della cavità con formalina al 10 % o con

tricresolo . . . . . . parti 2
formalina. . . . . . parte 1

da cambiarsi ogni due o tre giorni. Indi si ottura la camera della polpa e la parte accessibile dei canali con una pasta a base di formalina. Ottimo a questo scopo il tricresolo-formalina suddetto impastato con ossido di zinco, glicerina ed una essenza (di garofano, cannella, eucalyptus, ecc.). Si ottura nella stessa seduta la parte profonda della cavità con cemento, completando la chiusura della cavità dopo un paio di settimane con una otturazione metallica. *A. C.*

(542) *Cura delle orchiti tubercolari primarie.* — Pregola volermi indicare nella « Posta degli abbonati » la cura delle orchiti tubercolari primarie.

Dott. Giovanni Giunta.

La tubercolosi assai raramente colpisce il testicolo primitivamente; nella massima parte dei casi colpisce l'epididimo e di lì poi si diffonde al testicolo.

Quando la lesione non è fistolizzata o in procinto di aprirsi all'esterno, corrisponde molto bene la cura locale iodica.

Si fanno iniezioni nell'epididimo della soluzione iodo-iodurata di Durante (iodio gr. 1; ioduro di potassio gr. 2; acqua gr. 100): un'iniezione di un cmc. di soluzione ogni 3 o 4 giorni.

La cura locale deve essere coadiuvata dalla cura generale igienico-dietetica solita.

Quando la cura incruenta non è indicata è necessario ricorrere all'emicastrazione.

L. D.

(543) Prego la S. V. ad avere la bontà d'informarmi se l'impianto dei raggi X Kompact, la cui notizia apparisce per la prima volta nel « Policlinico », Sezione pratica del 16 maggio scorso, serve per qualsiasi altro esame, una volta che sia montato l'apparato nell'officina del medico, e se si vende l'apparato con sufficiente spiegazione in italiano, o spagnolo, o francese, onde facilitare il suo maneggio.

Tariba (Venezuela, Estado Táchira).

Dott. Miguel A. Villamiza.

Si tratta di un piccolo strumentario portatile, che non è certo adatto per terapia; consente di fare radiografie a posa piuttosto lunga ed, avendo sufficiente abilità, anche radioscopie.

Evidentemente si adopera di preferenza con accumulatori; quindi v'è l'incomodità di caricarli.

L'apparecchio non si vende in Italia.

Questi piccoli apparecchi richiedono molta più esperienza radiologica degli strumentarî comuni di media intensità, buoni effettivamente per quasi tutti gli usi.

M. S.

---

**Le Domande per la « Posta degli abbonati » e i Quesiti pel " Doctor Justitia „ non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto le une quanto gli altri debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinte, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**

# VARIA.

## Propagande mediche nella guerra.

Il *Gruppo per propagande mediche nella guerra* ha distribuito alcuni fogli di propaganda. Ne riportiamo qualcuno.

**Soldato! difenditi dalle malattie veneree** — 1. — Le malattie veneree, sopratutto la sifilide e la blenorragia (scolo), danneggiano la salute gravemente. È dovere di ogni buon cittadino e soldato conservare integra la propria salute per le necessità della Patria.

2. — Non credere che l'astensione dal rapporto sessuale sia dannosa. Al contrario l'astinenza conserva all'organismo umano tutte le sue forze ed è il mezzo più sicuro per evitare le malattie veneree.

3. — Pensa che se contrai una malattia venerea puoi trasmetterla ai parenti, agli amici, sopratutto alla moglie ed ai figli. Sarai causa per loro di gravi malanni e ne perderai l'amore, la stima ed il rispetto. Dovrai vergognarti dinnanzi alla tua famiglia. Che diresti di tuo cognato o di tuo genero che infettassero tua sorella o tua figlia?

4. — Evita tutte le donne che incontri per la strada e che ti invitano al rapporto sessuale, sapendo che sono quasi tutte ammalate e che accompagnandoti con esse ti comunicherebbero le loro malattie.

5. — Sappi che la bocca di queste persone ammalate è pericolosa per la sifilide quanto gli organi genitali ed evita anche i baci.

6. — Se hai rapporto con una di tali donne copriti con un guanto di gomma od ungiti i genitali con olio o vaselina senza toccare alla donna, nè prima nè dopo il coito, gli organi genitali e la bocca. Dopo il rapporto lavati generosamente gli organi genitali e le parti vicine con acqua e sapone, e, se ti è possibile, con una soluzione all'1 o/oo di sublimato corrosivo (circa una pastiglia in un piccolo catino di acqua). Non orinare prima del rapporto ed orina invece subito dopo.

7. — Se fatalmente ti capita di contrarre una malattia venerea, ricorri subito al medico e sta in sua cura fino a quando egli ti dirà che sei guarito. Non curarti da solo a casaccio o seguendo il consiglio di amici non medici.

8. — Sappi che le malattie veneree, sopratutto la sifilide, si possono contrarre anche senza il rapporto sessuale con donne, e solo usando oggetti personali, oppure sigari, pipe, bicchieri, posate, rasoi, tovaglioli, fazzoletti ecc. di persona sifilitica anche maschile. Sta

quindi attento se fra le persone con le quali hai maggiore intimità e confidenza vi sono malati di forma venerea, ed evita con essi ogni comunanza di oggetti ed inoltre i baci ed il toccarsi la mano.

9. — Quanto tu fossi malato, astienti dal rapporto sessuale con qualsiasi donna; lavati sempre le mani dopo esserti toccato le parti ammalate, non baciare nè parenti, nè amici, e tieni gli oggetti personali esclusivamente per te. Facendo altrimenti correresti il pericolo di attaccare ad altri il tuo male, e ciò sarebbe disonesto e di grave danno alla società e alla Patria.

10. — Evita le bevande alcooliche (vino, birra, liquori), l'abuso di tabacco, giacchè questi danneggiano il tuo organismo, lo rendono più proclive a contrarre le malattie veneree e meno resistente a sopportarle ed a guarirle. L'alcool ed il tabacco diminuiscono le tue migliori qualità di uomo, ti buttano facilmente in braccio alle male femmine, e ti espongono alle malattie veneree.

1. — Sii casto. Ama una donna sola, sposala e procrea dei figli. Rifuggi dalle donne di malaffare; esse possono rovinare te e la tua famiglia. Sarai così un onesto marito, un buon padre, un ottimo cittadino e soldato per la Patria. A. P.

**I danni dell'alcool e dell'abuso del vino!** — 1. L'accusa austriaca, che il nostro soldato sia tratto all'impeto del formidabile assalto dall'ebbrezza alcoolica, è un'ignobile calunnia.

2. I soldati d'Italia si battono sereni e coscienti pel diritto e per la giustizia.

3. Ma l'alcool è un veleno.

4. L'acquavite, la grappa, i liquori sono soluzioni concentrate di alcool, che debbono essere bandite dal consumo. L'usarne, anche se non si raggiunga lo stato di ebbrezza, conduce ai danni dell'intossicazione.

5. Il vino, la birra, debbono essere usati moderatamente e soltanto durante i pasti.

6. La quantità massima giornaliera di vino tollerata senza danno non dovrebbe superare il mezzo litro.

7. Chi saprà mantenersi astinente potrà essere orgoglioso di dare un esempio salutare a coloro che si mostrano intemperanti.

8. Si vive benissimo ed in perfetta salute senza bere neppure una goccia di vino.

9. Diffidate della vostra tolleranza a sopportare gli effetti del vino. In essa sta anzi il pericolo maggiore e l'insidia di una intossicazione cronica che può condurre all'ospedale ed al manicomio.

10. L'eccitamento procurato dall'alcool dura poco, e lascia poi una debolezza maggiore, diminuisce la resistenza ai disagi ed alle fatiche della guerra. G. A.

**Mamme! salvate i vostri piccini!** — 1. Mantenere intatte la salute e la robustezza dei vostri bimbi significa, o madri italiane, dare al padre soldato la tranquillità dello spirito, conservare alla patria i futuri cittadini che la renderanno sempre più grande e gloriosa, preparare la felicità della vostra famiglia.

2. Ricordate che il segreto di allevare sani e forti i bambini, di strapparli alle malattie che ne insidiano tutti i giorni la vita sta nel dare ad essi il cibo in quantità moderata e ad ore stabilite, nel mantenere la nettezza dei loro corpi e dei loro indumenti, nel tenerli lontani dal contagio di ammalati.

3. Allattate voi stesse i vostri bambini. Quasi tutte le madri possono, se vogliono, essere buone nutrici. Non ascoltate chi, senza senso di responsabilità, al minimo disturbo vi consiglia di non allattare, di dare il bimbo a balia, o alimentarlo artificialmente con latte di vacca o con pappe. Operaie degli stabilimenti, sarte, addette alle arti grafiche, stiratrici, cameriere, ecc. smettete di dare a balia i vostri piccini. La balia è una mercenaria, che non darà affetto al vostro bimbo, ed è, spesso, una donna infetta che può comunicargli terribili malattie. Il marito che, per amor di quiete o di lucro, obbliga una madre a rinunziare all'allattamento è un egoista od un ignorante, sempre un cittadino e padre di famiglia pessimo. Il latte di vacca, le pappe, rappresentano nel primo anno di vita una alimentazione innaturale, che conduce a gravi malattie.

4. Date il vostro latte al vostro bimbo ad ore fisse: non giudicate, quando piange, che pianga sempre per fame: è assai più facile che pianga per dolori di ventre o altri disturbi: riempiendolo di latte aggravate il malanno e non riavete la tranquillità.

5. Molte malattie dei bambini dipendono da eccesso di alimento, pochissime da scarsezza. Sono assai più frequenti le indigestioni che i disturbi da fame. Non attribuite ai vermi e ai denti le feci verdi, i vomiti, le convulsioni, le croste al capo: dipendono quasi sempre da cattive digestioni.

6. Date ai bimbi cibi semplici e sani: non è vero che i cibi molto sostanziosi irrobustiscono. Non date mai vino che per essi è un veleno anche in piccole dosi. Tutti i cibi siano ben cotti. Impedite che il latte, i cibi destinati ai vostri bimbi siano contaminati dalle mosche.

7. La maggior parte delel malattie infettive sono dovute alla brutta abitudine dei bambini di introdurre le dita nel naso e in bocca, e di portare alla bocca ogni oggetto sporco; con abilità e pazienza abituateli alla nettezza, lavate loro spesso le mani, il naso, la bocca, gli orecchi: fate bollire l'acqua se non è buona.

8. Tenete i bambini, anche piccoli, all'aria aperta, alla luce e al sole quanto più è possibile. Non temete troppo il freddo, non copriteli eccessivamente, non teneteli chiusi nelle stanze prive d'aria o troppo riscaldate. Temete piuttosto i grandi calori estivi durante i quali la mortalità è enorme.

9. Se il bambino si ammala non ascoltate i consigli delle comari; non *state a vedere,* non perdete tempo, ma richiedete subito il medico. Ricordate che 24 ore di attesa significano spesso la morte del bambino. Non somministrate mai rimedi senza ordinazione medica. Non date mai calomelano o santonina, o polvere dei vermi.

10. Madri agiate, madri istruite che godete per i miracoli dell'igiene nei vostri bimbi; signore, che vi trovate in compagnia, maestre, benemerite, introducete queste norme tra le famiglie bisognose di igiene, avrete il conforto di risparmiare qualcuno tra i 200.000 bambini che muoiono annualmente, in più, in Italia prima di aver raggiunto i 12 mesi. Ma, all'opera e subito!

**Le vittime della guerra.** — Al Senato Francese recentemente è stata sottoposta la seguente lista ufficiale di perdite dei belligeranti:

| | Uccisi | Feriti | Prigionieri | Totali |
|---|---|---|---|---|
| Intesa. . . | 1,739,000 | 2,589,000 | 1,135,000 | 5,463,000 |
| Imperi. . | 3,350,000 | 3,885,000 | 1,795,000 | 9,030,000 |
| Totali. . . | **5,089,000** | **6,674,000** | **2,930,000** | **14,493,000** |

Gli uccisi figurerebbero così ripartiti: Germania 1,630,000, Austria 1,610,000, Russia 1,250,000, Francia 460,000, Turchia 100,000, Belgio 49,000. Secondo *The Sun,* che riporta queste valutazioni, esse sono eccessive ( Dal *Medical Record,* 28 agosto 1915).

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

*An Index of Treatment,* edited by R. Hutchison and J. Sherren. Un vol. in-8° gr. di pagine 1143 con 82 incis. Bristol, John Wright and Sons Ltd, 1915. Rilegato, prezzo 21 scellini.

È uno di quei libri che incontrano largo favore tra i medici pratici e che fanno la fortuna degli editori.

Contiene in forma sintetica e precisa le nozioni essenziali e più recenti relative al trattamento delle malattie, raccolte in articoli brevi, ordinati alfabeticamente.

Il lavoro è stato redatto da una colluvie di medici competenti: i collaboratori raggiungono quasi il centinaio e tra essi si contano alcuni dei più rinomati clinici inglesi: Allbutt, Bramwell, Gulland, Lane, Morison, Murray, Russell, Saundry, ecc.

Libri del genere hanno molta voga in Inghilterra ed in America. Questo è uno dei migliori, dei più riusciti, il che spiega come nel corso di otto anni giunga alla 7ª edizione.

Sono stati omessi i procedimenti elaborati, specialmente quelli di natura chirurgica o relativi alle specialità. Sono stati descritti i soli trattamenti che portano a risultati sicuri, evitando così l'imbarazzo della scelta. Ogni sforzo è stato compiuto perchè il lavoro rispondesse alle esigenze della pratica generale. V.

FILIPPO FRATINI. *Etiologia e patologia del morbo d'Addison.* Un vol. in-8° gr. di pag. 207. Pesaro, Officina d'Arti Grafiche G. Federici, 1915. Prezzo lire 5.

Questo bel lavoro riassuntivo abbraccia tutte le cognizioni che oggi si posseggono sul morbo di Addison: evoluzione storica; anatomia, istologia, embriologia, fisiologia normale e patologica delle capsule surrenali; altri tessuti cromaffini; etiologia, anatomia patologica, sintomatologia, clinica, terapia e patogenesi del morbo di Addison; bibliografia. Sovratutto pregevole è la parte relativa alla patogenesi, in cui sono messe a raffronto e discusse le varie ipotesi avanzate. R. B.

G. HAYEM e G. LION. *Malattie dello stomaco.* Vol. XVI del Nuovo Trattato di medicina e terapia. Un vol. in-8° di pag. 672, con 91 figure. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1915. Prezzo lire 13.50.

È un quadro completo della patologia e della clinica stomacale. Gli AA. premettono i mezzi generali d'indagine e l'analisi dei singoli sintomi; fanno seguire la descrizione delle varie forme morbose. Tengono conto dei progressi recenti. Un intero e vasto capitolo è destinato al ginepraio delle nevrosi gastriche. Danno la preferenza alle concezioni etiologiche, patogeniche e nevrografiche ed alle risorse diagnostiche e terapeutiche che hanno ricevuto la sanzione della pratica.

Il lavoro è illustrato da figure e corredato di note dei traduttori proff. L. Borelli e G. Gastaldi. R. B.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

### Per le pensioni ai medici dipendenti da Amministrazioni pubbliche e chiamati alle armi.

La « Gazzetta Ufficiale » del 28 agosto u. s. ha pubblicato il decreto luogotenenziale n. 1266 riguardante le disposizioni per il trattamento di pensione agli impiegati e pensionati chiamati alle armi.

Il detto decreto ha una speciale importanza per i sanitari perchè esso contempla il trattamento da farsi agli impiegati e quindi ai medici dipendenti dai Comuni, dalle Provincie, dalle Opere pie e dalle Aziende municipalizzate.

Sarebbe stato giusto che il decreto avesse anche disposto che il periodo di aspettativa, nel quale i medici condotti forzatamente si trovano per essere stati richiamati a prestar servizio nell'esercito, fosse valido agli effetti della liquidazione della pensione. È una disposizione che si impone per la sua equità e la sua giustizia, e noi confidiamo perciò che il Governo non tarderà a provvedere.

Ecco intanto il testo del decreto luogotenenziale testè pubblicato:

Art. 1. — Agl'impiegati civili contemplati dall'art. 8 del testo unico approvato con R. decreto 21 febbraio 1895, n. 70, agli operai ed agli agenti con diritto a pensione a carico del bilancio dello Stato chiamati o trattenuti sotto le armi nell'esercito, nell'armata e nei corpi e servizi ausiliari, in tempo di guerra, che per causa di servizio riportino ferite od infermità che li rendano permanentemente inabili anche al servizio civile, in luogo della pensione privilegiata militare, sarà liquidata, se più favorevole, la pensione privilegiata civile, sulla base dello stipendio o secondo le relative norme speciali se agenti od operai.

La pensione privilegiata civile corrisponderà ai quattro quinti della media degli stipendi nei casi di cecità, amputazione o perdita assoluta dell'uso delle mani o dei piedi, ed alla metà dello stipendio per le ferite od infermità meno gravi.

Alle famiglie dei suddetti impiegati, agenti ed operai, morti in conseguenza delle ferite od infermità riportate in tempo di guerra per causa di servizio, sarà liquidata, se più favorevole della pensione privilegiata militare, la pensione privilegiata civile nella misura fissata dall'articolo 110 del testo unico citato, o dalle relative norme speciali.

La causa della morte, delle lesioni, o delle infermità, la loro gravità, e le conseguenze, anche nei riguardi dell'impiego civile, saranno accertate secondo le norme stabilite pei militari.

Art. 2. — Le disposizioni dell'articolo precedente saranno applicate ai pensionati civili dello Stato contemplati dall'art. 7 del Nostro decreto 11 luglio 1915, n. 1064, ed alle loro famiglie, tenuto presente lo stipendio o la paga di cui erano provvisti all'atto della cessazione del servizio civile.

Per i pensionati militari richiamati in servizio, e per le loro famiglie, la pensione privilegiata sarà liquidata sulla posizione ultima.

In ambedue i casi la pensione privilegiata sostituirà quella precedentemente goduta, ma non potrà essere mai inferiore a questa.

Art. 3. — Per la liquidazione delle pensioni privilegiate alle vedove ed agli orfani dei militari di terra e di mare sarà in ogni caso considerato come valido il matrimonio contratto prima dell'andata in vigore del presente decreto, ancorchè non autorizzato nei modi prescritti.

Art. 4. — Allorquando le autorità sanitarie militari non possano pronunciarsi definitivamente sulla gravità delle ferite e delle infermità di cui all'art. 101 del testo unico 21 febbraio 1895, n. 70, il militare sarà inviato in congedo, e dalla Corte dei conti gli verrà liquidato un assegno temporaneo corrispondente ai due terzi della pensione di terza categoria per una durata che sarà determinata in base al parere emesso dalle autorità sanitarie predette, e che non sarà mai superiore ai cinque anni.

Art. 5. — Gli appartenenti al personale degli enti locali (Comuni, Provincie, Opere pie ed Aziende municipalizzate) morti o resi permanentemente inabili al servizio per le stesse cause indicate al precedente art. 1, saranno considerati morti o feriti a cagione dell'esercizio delle loro funzioni agli effetti della pensione privilegiata dovuta in applicazione dei regolamenti degli enti che direttamente provvedono al trattamento di quiescenza, qualora detta pensione sia più favorevole di quella privilegiata militare.

La differenza tra gli assegni che saranno liquidati in dipendenza del presente decreto o delle leggi sulle pensioni militari, e quelli normali dovuti in base alle disposizioni proprie degli enti, sarà a carico del bilancio dello Stato.

Uguale trattamento sarà fatto alle varie categorie di personale iscritte agli Istituti di previdenza amministrati dalla apposita Direzione generale, al personale ferroviario, ed a quello governativo inscritto alla Cassa nazionale di previdenza per la invalidità e la vecchiaia degli operai, restando anche per essi a carico dei singoli Istituti e gestioni il trattamento normale ed a carico del bilancio dello Stato la differenza fra questo e quello privilegiato.

Nel caso che gli enti ed Istituti predetti fossero tenuti a corrispondere solamente una indennità per una volta tanto, per gli effetti del presente decreto si provvederà alla sua valutazione in rendita vitalizia in base alle apposite tabelle annesse alle leggi ed ai regolamenti delle singole gestioni, od affini.

Art. 6. — Le disposizioni del presente decreto avranno vigore dal 24 maggio 1915.

### Sui servizi sanitari militari.

Ci pervengono alcune lettere da ufficiali medici di complemento anziani i quali deplorano che nessun ufficiale medico di complemento abbia ricevuto la nomina a capitano medico, fatta eccezione per i liberi docenti.

Eppure ve ne sono con oltre 14 anni di laurea, e con 13 e più anni di nomina ad ufficiali; professionisti valorosi nel massimo della loro efficienza, i quali attendono invano dalla promozione il riconoscimento dei loro meriti e della loro opera.

Vengono emanate quotidianamente nuove disposizioni e decreti con cui si facilitano nomine e promozioni: ma i medici di complemento anziani sono dimenticati.

Non si mettono in vigore a loro vantaggio neppure le vecchie disposizioni del Regolamento sugli avanzamenti. L'articolo *16* fissa a sei anni la permanenza in ciascun grado per poter conseguire l'avanzamento e l'articolo *56* riduce a metà detto periodo in tempo di guerra; ma per i medici di complemento simili disposizioni ordinarie non hanno trovato applicazione di sorta.

A tale riguardo l'on. Larizza ha inviata alla Presidenza della Camera la seguente domanda d'interrogazione al ministro della guerra: « Sulla necessità di accordare agli ufficiali medici della riserva richiamati alle armi pari trattamento di quelli in attività di servizio, agli effetti della promozione al grado superiore, avuto riguardo alla non inferiore capacità fisica, scientifica e militare di essi, ed ai non lievi servigi che con abnegazione e patriottismo rendono alla Nazione; togliendoli così dallo stato umiliante d'inferiorità di fronte ai loro antichi compagni di corso ».

---

Un ufficiale medico da più di tre mesi sul fronte ci scrive:

« Non pare giusto a nessun spirito equilibrato e sereno che medici di terza categoria, figli unici, ed unico sostegno ed áffetto della loro famiglia, vengano inviati e mantenuti a lungo nei posti più difficili, mentre una falange di giovani con maggiori obblighi militari si ripara negli ospedali territoriali.

« Sono sicuro di interpretare il sentimento comune, sentimento corrispondente ai più alti sensi umani ».

## Per i servizi radiologici di guerra.

Il Consiglio direttivo della Società Italiana di Radiologia medica, radunatosi a Roma, presenti i professori: Busi, Ghilarducci, Maragliano, Ceresole, Bertolotti, Serena, De Luca, Siciliano, Tandoja, e aderenti gli altri membri, si è occupato della *riorganizzazione dei servizi radiologici di guerra,* concretando le sue proposte in un memoriale, approvato all'unanimità e presentato alle competenti Autorità.

Le proposte più importanti, in riassunto, son queste:

1. *Personale radiologico.*

La radiologia di guerra deve essere affidata esclusivamente a *specialisti medici radiologi.* Esclusi dunque: medici generici, professori di fisica, fotografi, elettrotecnici, meccanici, sacerdoti.

La Società di Radiologia Medica è pronta a fornire per ogni Corpo d'Armata un elenco dei medici radiologi autentici.

Può darsi che il numero oggi esistente di medici radiologi sia prima o poi, insufficiente per i bisogni intensi della radiologia di geurra. A provvedere a tale pericolo è necessario che si istituiscano sollecitamente, presso ciascun Corpo d'Armata, dei *corsi accelerati di radiologia di guerra.*

2. *Ordinamento razionale del processo radiologico per servizi di guerra.*

*A*) Per ogni Corpo d'Armata la responsabilità dei servizi radiologici dovrebbe essere affidata ad un competente, che come tale saprà valorizzare, intensificare tutte le risorse locali, e proporre le soluzioni più economiche e più opportune. Questo competente dovrebbe essere una autorità ufficiale della radiologia medica (professore universitario della materia, libero docente della materia, direttore di un servizio radiologico di clinica o di un grande ospedale).

*B*) Gli Ispettori dei servizi radiologici di ciascun Corpo d'Armata dovrebbero (per ciò che riguarda la radiologia) dipendere da un Capo Ispettore dei servizi radiologici di guerra residente a Roma presso la Sanità Militare, e istituire con questo un Consiglio, o Commissione permanente per lo studio, proposte, soluzioni di tutti i problemi radiologici più importanti.

3. *Apparecchi per raggi X.*

I piccoli apparecchi portatili per raggi X di qualunque tipo e con qualsiasi modificazione oggi proposta, debbono essere eliminati e sostituiti con l'*automobile radiologico di grande potenza* (con dinamo di almeno 15-20 A).

Dove non possono recarsi gli automobili radiologici si deve provvedere con gruppi elettrogeni someggiabili di sufficiente potenza, simili a quelli posseduti dal Genio Militare.

4. *Rifornimenti.*

La Commissione predetta dovrebbe occuparsi ancora di presentare delle proposte concrete per assicurare il continuo rifornimento delle ampolle per raggi X, dei materiali fotografici, schermi di rinforzo, ecc., cose delle quali ormai v'ha penuria in Italia, con pericolo imminente di rimanerne sprovveduti.

La Società Italiana di Radiologia Medica fa voti che il Governo incoraggi le industrie nazionali, intensificandone eventualmente la produzione, per tutto ciò che riguarda la costruzione e il rifornimento degli apparecchi radiologici.

Per il Consiglio Direttivo
Prof. ARISTIDE BUSI
Presidente della Soc. It. di Rad. Med.
Roma, 8 settembre 1915.

---

# LETTERE DAL CAMPO.

## Le prodezze degli austriaci.

Dall'Ospedale di campo 038 in ...

... agosto 1915.

Da pochi giorni, per la mia destinazione a questo ospedale, ho lasciato le trincee avanzate sul Col di Lana dove da circa un mese mi trovavo col reggimento ... che ho seguito fino dalla dichiarazione di guerra.

In questo delizioso paesetto della Val del... che ora mi ospita, ho ripreso una vita quasi normale — in trincea se ne vive una anormalissima — ed ho potuto leggere finalmente dei giornali che lassù in quei dirupi, per ragioni facilissime a comprendere, non era possibile avere che molto di rado.

Ho scorso, fra gli altri, i numeri 26 e 30 del Policlinico (S. P.) in cui sono raccontate le barbarie austriache verso alcuni nostri portaferiti (lettera del dott. Pontano, n. 30, pag. 1014) ed i metodi usati dal nostro nemico con i nostri sanitari (*Come combattono i nostri nemici*, numero 26, pag. 891).

Ora mi permetto inviare a codesta spettabile Redazione del « Policlinico » queste poche righe riguardanti alcuni fatti accaduti durante e dopo alcuni combattimenti sostenuti dal mio reggimento e che valgono a testimoniare come gli episodi tristi sopra accennati non siano isolati od eccezionali e come invece sia abituale per gli austriaci calpestare in ogni momento il povero trattato internazionale di Ginevra.

Terminata l'avanzata del 9 luglio sul Costone di Agai del Col di Lana, che segnò il nostro primo e vero scontro col nemico da giorni cercato invano, dopo medicati i feriti, mi recai assieme al comandante di una compagnia e ad un portaferiti (avevamo naturalmente il bracciale internazionale che è visibilissimo a distanze anche grandi) sul posto in cui era caduto un allievo ufficiale volontario, l'avvocato M..., per riconoscere — come è nostro dovere — la sede della lesione ch'è causa della morte.

Mentre, inginocchiato presso il cadavere ed aiutato dal portaferiti, slacciavo gli indumenti per la ricerca della ferita, fummo fatti segno ad una violenta scarica di mitragliatrice e dovemmo rinunciare al nostro pietoso dovere per non esporci più oltre.

È da notare che il giorno avanti noi avevamo assistito impassibili e riverenti al trasporto, sulla barella, di un loro ferito da un gruppo di case in cui si erano rifugiati una quarantina di nemici coi quali i nostri soldati, poco prima, ad una distanza di circa 400 metri, avevano scambiato delle fucilate.

L'indomani dovevano contraccambiarci nel modo che ho detto!

E non basta. Dopo il combattimento dell'11 luglio — uno dei più importanti per il mio reggimento — avendo sentito dagli ultimi feriti trasportati al posto di medicazione durante il combattimento, che molti ne rimanevano ancora sul campo, inviai sul far della notte cinque portaferiti per farne ricerca, facendoli precedere da un sesto che teneva la lanterna su cui spicca benissimo la Croce Rossa.

Appena scoperti dal nemico, forse precisamente per la luce della lanterna, furono accolti da una scarica di fucileria che li costrinse a desistere dall'incarico avuto, e ritornarono da me attestando di avere udito benissimo i lamenti dei feriti che invocavano aiuto.

Arrivò infatti dopo la mezzanotte in istato pietosissimo, esausto dall'emorragia, un ferito che da solo, dolorante e straziato dalla sete, era riuscito a portarsi fino a noi, attraversando un terreno difficilissimo come può essere a 1800 metri di altezza.

Questo povero martire — morì poche ore dopo — ci assicurò che moltissimi compagni erano rimasti lassù incapaci a muoversi, aspettando ed invocando i nostri soccorsi.

L'indomani mattina volli tentare un ultimo espediente e, d'accordo col Comando del Reggimento, inviai una squadra composta del Cappellano in abito sacerdotale — la divisa grigio verde poteva farlo credere un ufficiale — preceduto da un portaferiti colla bandiera internazionale, seguito da un altro col Crocifisso e da altri quattro con le barelle.

Si tentava di toccare le milizie imperiali nel loro sentimento religioso che ostentano di possedere in così alto grado. Vane speranze! La pietosa squadra non fu più fortunata della precedente e dovette ritornare a mani vuote, inseguita da fittissime scariche di fucileria.

Così, dolorosamente, si dovette rinunziare a soccorrere i nostri feriti.

Lo stesso avvenne per gli altri combattimenti del 15, 18 e 19 luglio; dopo quello del 19, il

comandante del battaglione cercò di far ritirare il cadavere di un ufficiale morto valorosissimamente nell'occupazione di una trincea, ma non vi riuscii ed uno dei soldati destinati al pietoso ufficio tornò al posto di medicazione col gomito passato da una pallottola.

E là sul campo, al loro posto d'onore, giacciono forse ancora le povere salme incomposte di molti fratelli nostri ai quali la truce barbarie di un nemico indegno impedisce l'ultimo riposo!

Dott. GIOVANNI APERLO
*Capitano Medico della Croce Rossa.*

# NOSTRE CORRISPONDENZE.

## La lotta contro la tubercolosi in Venezia.

Il prof. R. Vivante, ufficiale sanitario di Venezia, fece al Congresso della Federazione Italiana delle opere tubercolari una relazione sulla lotta contro la tubercolosi in Venezia.

La relazione si occupa del lavoro fatto in Venezia nell'ultimo decennio per combattere la tubercolosi e comincia dal narrare come sorse, per iniziativa dell'allora assessore all'igiene prof. L. Pichini, l'ospedale dei tubercolosi all'isola delle Grazie, cominciando a farlo funzionare nel 1906 con due padiglioni per sessanta malati tolti dall'Ospedale civile. Rilevatasi però ben presto l'insufficienza delle nuove infermerie, in vista del gran numero di domande, in grazia della propaganda fatta in città contro la malattia e onde persuadere i tubercolosi dei benefici che loro potevano ritrarre dal soggiorno nel nuovo ospedale, col vantaggio che veniva alla famiglia dal loro allontanamento, l'ospedale dei tubercolosi venne trasportato nell'isola di Sacca Sassola, molto più vasta dell'altra, che ha una superficie di 147,000 mq. L'ospedale è costituito di 15 fabbricati che occupano coll'area scoperta, ridotta a giardino, 28,300 mq. La parte occidentale dell'isola per una superficie di 71,400 mq. è coltivata a vite e ad ortaglia, e dovrebbe essere destinata a colonia agricola, mentre la parte meridionale con un'area di 23,400 mq. fu ridotta a parco con l'impianto di un migliaio di conifere. L'ospedale tiene 230 letti a disposizione della città, e con questo numero è possibile non solo di ospitalizzare le forme più gravi della malattia, ma di ottenere una votazione di quei malati che, assistiti nei periodi meno avanzati, possono, dopo aver conseguito un miglioramento delle loro condizioni, essere rinviati alle loro case, educati a una vita igienica ed a norme profilattiche che valgano a salvaguardare la salute degli altri.

Il Comune inoltre destinava un legato di 50,000 lire, lasciato dal dott. Marini Missara alla Città, per un'opera di incontestata utilità pubblica: alla istituzione di un dispensario antitubercolare; e ne affidava la gestione alla Società Veneziana contro la tubercolosi, assicurandole un sussidio annuo di 6000 lire, e fissando che a garanzia dell'indirizzo eminentemente profilattico che vi doveva venire seguito facesse parte del Comitato direttivo il direttore dell'Ufficio municipale d'igiene.

L'opera del dispensario è specialmente indirizzata a combattere i più gravi focolai della malattia, cercando di convincere i malati ad entrare all'ospedale, curare l'igiene nel miglior modo possibile per quelli che si ostinano a rimanere a casa, o che vengono dimessi dall'ospedale. Basti ricordare che nel 1914 a 151 famiglie assistite dal dispensario, aventi in casa un tubercoloso, furono distribuiti 11,200 litri di soluzione fenicata e 12 quintali di soda. Quest'opera igienica viene completata da aiuti alimentari (nel 1914 vennero distribuiti 22,400 litri di latte e 40,000 uova), con concessione di letti, materassi, coperte, lenzuola, medicine, sussidi per il fitto, ecc.

Si è provveduto anche alla protezione dalla tubercolosi dell'infanzia e più precisamente dei figli dei tubercolosi.

A tale scopo la Società Veneziana contro la tubercolosi con le contribuzioni della Cassa di risparmio e di privati istituiva all'isola della Giudecca un padiglione prospiciente la laguna costituito essenzialmente di una sala centrale libera da parete verso mezzogiorno e che accoglie di preferenza bambini dell'età prescolare.

Esistono le scuole all'aperto nelle quali l'igiene e l'istruzione si alleano allo scopo di rendere l'insegnamento compatibile con un miglioramento delle condizioni fisiche degli allievi. Nel 1914 furono 120 gli allievi accolti in baracche Döcken situate all'estremo limite dell'isola di S. Elena in un ampio prato lambito dalla laguna.

L'Ospizio Marino Veneto, istituzione che conta circa mezzo secolo di vita, accoglie ogni anno sulla spiaggia del Lido per un periodo medio di 45 giorni 500 ragazzi scrofolosi della regione, di cui 125 della città. Altri 300 bambini scrofolosi di Venezia vengono, per periodi anche più brevi, portati alla spiaggia, per farvi ritorno verso il tramonto.

La Colonia Alpina S. Marco, modestamente iniziata nel 1890, costruiva nel 1907 a Norcen di Feltre a 500 m. di altezza un fabbricato capace di 125 coloni e nel 1913 pure nel Comune di Feltre ne costruiva un secondo per altri 100.

Nei 15 anni di vita la Colonia ha portato alla cura climatica 2601 ragazzi, con una durata di permanenza dei ragazzi in colonia dai 35 ai 70 giorni. La diffusione della tubercolosi in Venezia è ostacolata anche da quei provvedimenti di carattere più generale che si sono andati mano mano attuando nella città, quali la più accurata ed estesa vigilanza igienico sanitaria esercitata dall'Ufficio municipale d'igiene, la municipalizzazione delle capanne balneari, il miglioramento dell'abitato ottenuto con larga costruzione di case sane ed economiche.

Il Vivante chiude la sua relazione augurandosi che gli eventi che si vanno maturando nel nostro paese possano preludere a un lungo periodo di pace e a un rinnovellamento delle nostre energie, per cui assicurati alla città di Venezia nuovi cespiti di ricchezza, più sicuro e più largo possa diffondersi quel benessere generale che forse è l'elemento più prezioso di vittoria contro il male che così giustamente ci preoccupa.

A. DIAN.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5503) *Pensioni.* — Al dott. abbonato 2935 rispondiamo che a nostro avviso l'infermità che allega non può considerarsi come prodotta dal servizio od a causa del medesimo. Può, però, lasciando l'ufficio, ottenere una indennità per una volta tanto, sempre quando abbia prestati oltre dieci anni di servizio. Potremmo dargli molto maggiori ragguagli al riguardo se avesse la cortesia di riprodurre il quesito con la indicazione del numero degli anni di servizio e della età, che conta attualmente. Fino a che non sieno espletate le pratiche per la liquidazione della pensione e per il collocamento a riposo può pur seguitare l'esercizio professionale.

L'articolo 17 della legge da Lei indicata dice: Acquistano il diritto di essere collocati a riposo e di conseguire la pensione di cui all'articolo 20: *a*) i medici condotti ed altri sanitari, di cui all'articolo 3 che hanno prestato un servizio valutabile in 25 o più anni; *b*) i medici condotti ed altri sanitari che per ferite riportate o per infermità contratte a cagione delle loro funzioni sono diventati inabili a prestare ulteriormente servizio, qualunque sia la durata del servizio stesso. Il testo unico da Lei citato sulle pensioni, trovasi vendibile presso la tipografia delle Mantellate in Roma.

(5504) *Tassa di ricchezza mobile.* — Il dott. S. F. da B. P. chiede conoscere se, in mancanza di qualsiasi patto, spetti a lui od al Comune il pagamento della R. M. sullo importo di ventidue giornate di interinato.

In mancanza di speciale patto in contrario, spetta al percipiente e non al Comune, di pagare la tassa di R. M. giacchè questa colpisce ogni introito o reddito che faccia od esiga il privato cittadino.

(5505) *Servizio militare.* — Il dott. L. G. da A. desidera conoscere se essendo stato chiamato al servizio militare ed avendo già cominciato a prestare servizio, possa essere dispensato come medico unico del paese o possa dare le proprie dimissioni dal grado.

Non può nè dimettersi nè essere esentato dal servizio militare, giacchè durante l'attuale stato di guerra, sono sospesi tutti i congedamenti ed i licenziamenti, quali che sieno le ragioni che li potrebbero determinare.

Alle sorti del Comune, rimasto momentaneamente privo di assistenza sanitaria, dovea pensarci prima l'amministrazione, facendo in tempo debito gli atti necessari per il di Lei esonero.

(5506) *Esonero dalle chiamate.* — Al dott. A. B. da R. rispondiamo che la circolare da lui indicata riferiscesi evidentemente a tutti i sanitarii ancorchè non ancora chiamati sotto le armi qualunque grado posseggano e, cioè, quello di ufficiale o di semplice soldato. Evidentemente, poi, riguarda i medici condotti unici, giacchè solamente per essi è stabilita esenzione dal servizio militare giusta l'articolo 1° del R. Decreto 13 aprile 1911. A nulla vale aver prodotta la domanda di dispensa prima della chiamata della classe a cui si appartiene.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

CAVAZUCCHERINA (*Venezia*). — Primo reparto; L. 3500 e L. 500 indennità alloggio. Pratica triennale ospitaliera o servizio triennale di condotta. Età mass. anni 40, s. e r. Scad. 30 sett.

CHIUSI IN CASENTINO (Arezzo). — Condotta residenziale; lorde L. 4502, per due sessenni: in caso di rinunzia al congedo L. 350. Scad. 30 settembre.

GRAGLIA-MUZZANO (*Novara*). — Condotto per poveri (circa 80); L. 1200; indennità di supplenza L. 250; quale U. S. L. 150; da Enti locali L. 450. Scadenza 30 settembre.

LORETO (*Ancona*). *Ospedale S. Casa.* — Cercasi subito assistente medico-chirurgo con stipendio mensile di L. 200 lorde. Alloggio e vitto. Domanda al direttore.

NEIVE (*Cuneo*). — Seconda condotta; L. 1600 lorde e L. 100 per indennità supplenza. La nomina è per tutto il periodo della guerra e sarà titolo validissimo per la nomina definitiva. Dom. e doc. d'uso. Scadenza 1° ottobre.

PALMIRA (*Basilicata*). — Condotta medico-chirurgica pei soli poveri. L. 1500, lorde. Età non superiore agli anni 40. Scadenza 30 settembre.

PESSINA CREMONESE (*Cremona*). — Condotta per circa 1850 poveri su 2092 ab.; L. 3000 oltre L. 800 per indennità cavallo, nette R. M., L. 100 per U. S., casa gratuita. Scadenza 26 sett.

SALSOMAGGIORE. *Regi Stabilimenti Termali*. — Direttore; L. 12,000. Cauzione di L. 20,000. Titoli che provino l'istruzione, la coltura, le attitudini e la pratica esperienza per esercitare le attribuzioni del posto. Docum. all'Azienda di Stato in Salsomaggiore o al Ministero delle Finanze (Direzione Generale del Demanio) entro il 31 ottobre 1915. Chiedere l'annunzio.

SERRALUNGA D'ALBA (*Cuneo*). — Condotta libera con Sinio e Roddini; popol. ab. 3023, poveri 200 circa, L. 2000. Scadenza 25 settembre.

VALLERMOSA (*Cagliari*). — Medico poveri; L. 2300 lorde; generalità L. 1250 lorde; U. S., L. 300; tenuta armadio, L. 150. Scad. 30 sett.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Gli ispettori del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato, dottori Mariani Filippo, Tomai Giuseppe ed Arrighi Arrigo sono stati promossi ispettori principali.

La Commissione aggiudicatrice del concorso a direttore del Frenocomio di Collegno, composta dei professori Mingazzini e Mondino e dell'avv. Cattaneo, ha proposto all'Amministrazione del R. Manicomio, il dott. cav. Federico Rivano. L'Amministrazione ha proceduto alla nomina.

Il Consiglio comunale di Recanati, procedendo alla nomina del chirurgo primario della città, accoglieva la designazione della Commissione giudicatrice del concorso, che classificava primo fra i concorrenti con voti 30 su 30 il prof. Silvio Porta.

CATANIA. — Sono nominati aiuti i dottori: Russo Giuseppe in materia medica; Foderà Emanuele in fisiologia.

GENOVA. — Sono nominati i dottori: Fedeli Alessandri, aiuto in materia medica; Merlo Cesare, assistente in anatomia umana.

FIRENZE. — È abilitato alla libera docenza in patologia medica il dott. Commessatti Giuseppe.

MODENA. — Il dott. Vallinsieri Ercole è nominato aiuto in clinica dermosifilopatica.

PALERMO. — Sono nominati i dottori: Amato Alessandro, aiuto in patologia generale; Fradà Attilio, aiuto, e Morello Gaetano, assistente in clinica chirurgica.

PARMA. — Il dott. Alberto Olindo è nominato assistente in clinica medica.

TORINO. — Sono nominati i dottori: Chiò Carlo, assistente in materia medica; Satta Giuseppe, aiuto, e Brossa Alessandro, assistente in clinica medica.

PARIGI. — Il dott. Alessio Carrell, dell'Istituto Rockefeller di Nuova York, attualmente in servizio chirurgico presso l'esercito francese, è stato insignito della Legion d'onore.

# NOTIZIE DIVERSE.

### Sui campi dell'onore.

Sul Col di Lama il 20 agosto u. s. una granata, scoppiando sul posto di medicazione del 2° battaglione del ... Reggimento fanteria, feriva gravissimamente, fra gli altri, il tenente medico assimilato della Croce Rossa, dott. SANTE MAGNANI di Reggio Emilia, che era intento a prestare l'opera sua ad un ferito. Il povero collega, in seguito alle ferite, è morto pochi giorni dopo in un ospedaletto da campo.

Gloria e pace al modesto eroe, alla vittima del dovere!

G. A.

Di questa perdita avevamo già fatto cenno nel fascicolo scorso.

Sono anche caduti per la Patria:

il dott. ALLORA FRANCESCO, sottotenente medico degli alpini;

il dott. OTTO OTTORINO, medico condotto del comune di Crespina (Pisa).

### Comitati regionali di assistenza.

Sono stati istituiti, in aggiunta a quelli di cui al decreto 1° agosto u. s., altri due Comitati, denominati e composti come segue:

IX Comitato. — I. Tricomi prof. Ernesto, direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Palermo, presidente.

II. Direttore di sanità del Corpo d'armata di Palermo.

III. Ungaro dott. Goffredo, ispettore medico compartimentale del Ministero dell'interno.

Il IX Comitato ha sede a Palermo ed ha competenza pel territorio del Corpo d'armata di Palermo.

X Comitato. — I. Roth prof. Angelo, direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Sassari, presidente.

II. Direttore dell'Ospedale militare principale di Cagliari.

III. Albertazzi dott. Alessandro, medico provinciale di Cagliari.

Il X Comitato ha sede in Cagliari ed ha competenza per il territorio della Divisione militare di Cagliari.

### Norme pel funzionamento dei Comitati.

Per la esecuzione di quanto è disposto dai decreti ministeriali che istituiscono i Comitati regionali per coordinare all'azione dell'autorità sanitaria civile e militare, quella dei Comitati locali di organizzazione civile, per quanto concerne l'impianto, la destinazione e il funzionamento di ospedali e di ricoveri per militari infermi, feriti o convalescenti, il Ministero di spone:

1° I Comitati sanitari regionali riferiranno sulle visite passate negli ospedali e nei ricoveri pei militari suddetti, su appositi moduli, curando la maggiore sobrietà possibile nelle risposte. Tali moduli verranno inviati in adeguato numero, alle Direzioni di sanità militare ed a quella dell'ospedale militare di Cagliari.

2° Le proposte debbono essere limitate a ciò che è strettamente necessario ai fini dell'assistenza, tenendo presenti la necessità della guerra, la quale non può consentire apprestamenti, come si potrebbero richiedere in tempo di pace.

3° Il risultato delle indagini, le quali hanno il fine nobilissimo d'illuminare il Governo su quanto si ritiene ancora necessario per migliorare l'assistenza, cui il Corpo sanitario militare ed i medici civili militarizzati ed assimilati dedicano cure così alacri e sapienti, deve essere strettamente riservato.

4° I Comitati sanitari regionali debbono indirizzare e coordinare l'opera dei Comitati civili a colmare, per quanto possibile, le lacune riscontrate nei singoli luoghi di cura.

5° Alla visita dei detti luoghi di cura assisterà il direttore rispettivo, o chi per esso.

6° Di mano in mano che la visita sarà compiuta in ciascun luogo di cura, la relazione relativa sarà trasmessa, con la maggior sollecitudine possibile, al Comando del Corpo d'armata rispettivo, il quale la invierà prontamente a questo Ministero.

7° Tali visite avranno principio il giorno 16 agosto.

### La vaccinazione anticolerica obbligatoria nell'esercito e nell'armata.

Il «Giornale militare ufficiale» pubblica il decreto luogotenenziale, da noi già riportato, sulla vaccinazione anticolerica, di cui precisa le modalità.

La vaccinazione anticolerica sarà eseguita su tutti i militari dell'esercito.

Nei militari che hanno già subìta la vaccinazione antitifica si procederà a quella anticolerica semplice.

Questa consiste in due iniezioni di vaccino anticolerico di primo e secondo grado, distanziate di sette giorni.

La prima iniezione di tal vaccino (di primo grado) dev'essere fatta non prima che siano trascorsi sette giorni dall'ultima iniezione di vaccino antitifico. (Le reazioni prodotte dalla vaccinazione anticolerica sono in generale più lievi di quelle inerenti alla vaccinazione antitifica).

Nei militari che non hanno subìta la vaccinazione antitifica, si procederà alla vaccinazione mista, adoperando vaccino antitifico-anticolerico, che sarà fornito in dosi triple. Le iniezioni di questo vaccino misto devono essere distanziate di sette giorni. (Le reazioni che ne conseguono hanno presso a poco la stessa intensità di quelle prodotte dalla semplice vaccinazione antitifica).

In quei militari che nei giorni destinati alle vaccinazioni anticoleriche o miste, siano affetti da qualche malattia acuta (influenza, angina, bronchite, enterite, ecc.), la vaccinazione sarà differita a quando sia avvenuta la guarigione.

Le vaccinazioni eseguite, la qualità del vaccino adoperato, l'intensità delle reazioni osservate, dovranno essere notate nel libretto personale dei militari.

Occorrendo di dover eseguire anche la vaccinazione antivaiolosa in un medesimo contingente di truppa, è indifferente cominciare con questa, o con quella anticolerica o mista; purchè nel primo caso intercedano dieci giorni fra l'inoculazione del vaccino jenneriano e la prima iniezione di vaccino anticolerico o misto, e nel secondo caso sette giorni fra l'ultima iniezione di vaccino anticolerico o misto, e l'inoculazione di vaccino jenneriano.

### Propagande facili ed utili nella guerra.

Un gruppo di medici delle varie regioni d'Italia, avente la sua sede a Milano, in via S. Barnaba, 8, per mostrare come si possano conseguire, col sussidio di elementari norme medico-igieniche, notevoli vantaggi pei soldati, per le loro famiglie e pei lavoratori in generale, si è proposto la volgarizzazione di istruzioni popolari pratiche che servono oltre che ai militari a tutte quelle persone che vogliono fare delle opere buone durante la guerra. I fogli pubblicati sono 15 e riguardano i seguenti argomenti:

1. Prevenzione delle malattie sessuali. — 2. Contro l'alcoolismo e l'abuso di vino. — 3. Per il consumo alimentare dell'uva. — 4. Assistenza ai lattanti. — 5. Prevenzione della pellagra. — 6. Parità di trattamento a tutti i soldati. — 7. Norme elementari di alimentazione. — 8. Consigli igienici per chi vuol diventare soldato. — 9. Nella sospensione di alcune disposizioni delle nostre leggi sociali. — 10. Difendiamoci dalla tubercolosi. — 11. La necessità dell'educazione fisica. — 12. Assistenza alle operaie gestanti. — 13. Consigli per i feriti di guerra. — 14 Igiene della bocca e dei denti. — 15. La difesa contro i parassiti.

Un esemplare di questi fogli e degli altri in corso di stampa sarà inviato gratuitamente a chi ne farà richiesta al «Gruppo» in via S. Barnaba, 8, Milano.

### Maggiori assegnazioni a favore di alcune cliniche universitarie.

Con decreto luogotenenziale 1° agosto 1915, n. 1301 («Gazzetta Ufficiale», 2 settembre, numero 218) sono state emanate le seguenti disposizioni a favore di alcune cliniche universitarie.

Nella parte straordinaria dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'istruzione pubblica per l'esercizio finanziario 1914-915 è autorizzata la iscrizione della somma di lire 60,000 per maggiori spese di mantenimento delle cliniche universitarie di Genova, Parma e Pavia; di lire 185,200 per maggiori spese occorse per i servizi di riscaldamento, ventilazione ed acqua calda del Policlinico Umberto I di Roma, dal 1° novembre 1914 al 30 giugno 1915; e di lire 128,702.02 per saldo dovuto all'Amministrazione ospedaliera di Roma delle spese dipendenti dai servizi di riscaldamento, ventilazione ed acqua calda delle Cliniche universitarie durante l'anno 1912-1913.

È autorizzata la maggiore assegnazione ordinaria di lire 94,000 da portarsi, per l'esercizio finanziario 1915-1916, in aumento allo stanziamento del capitolo n. 171: «Regie Università ed altri Istituti d'istruzione universitaria. Dotazioni per acquisto di materiale scientifico, per mantenimento delle cliniche, ecc.» dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'istruzione pubblica.

Detta somma è da destinarsi per lire 25,000, lire 15,000 e lire 20,000 rispettivamente alle spese di mantenimento delle Cliniche delle Università di Genova, Parma e Pavia, e per lire 34,000 alle spese di funzionamento dell'impianto di riscaldamento dell'Università di Bologna.

È autorizzata l'inscrizione della somma di lire 23,691.50 nella parte straordinaria dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'istru-

zione pubblica per l'esercizio finanziario 1915-1916, per provvedere ai lavori di manutenzione straordinaria e di restauro occorrenti in servizio degli impianti termici del Policlinico Umberto I di Roma.

**Per gli studenti universitari sotto le armi.**

Il Consiglio dei ministri ha approvato lo schema d'un decreto col quale si stabilisce che gli studenti di Università e di Istituti superiori equiparati possano essere iscritti di ufficio, qualora si trovino sotto le armi per la presente guerra, all'anno di corso successivo ed essere dispensati dall'obbligo di frequenza alle lezioni ed alle esercitazioni.

Le tasse dovute per la iscrizione dovranno essere pagate insieme con le tasse di esame prima che gli studenti si presentino a sostenere gli esami speciali riferibili all'anno di corso a cui siano stati iscritti d'ufficio.

È fatto salvo il diritto al rimborso di queste tasse per quei giovani che possono aspirare alla dispensa parziale o totale delle tasse scolastiche.

**Il servizio sanitario delle Ferrovie di Stato.**

Con un decreto del Ministero dei lavori pubblici sono approvate alcune modificazioni ed aggiunte al Regolamento per il servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato. Così viene stabilito che sia alla sede centrale, sia alle sedi dei compartimenti possono esservi medici aiuti, consulenti in clinica e chirurga e specialistica, otoiatria, malattie nervose e traumatologia in relazione colle esigenze di servizio. Vi possono essere medici aiuti e specialisti anche presso gli Ispettorati residenti fuori delle sedi compartimentali. In base alle modificazioni è stabilito che gli specialisti in traumatologia: *a*) coadiuvano il Servizio centrale e gli Uffici sanitari nella trattazione degli infortuni e concorrono alla loro liquidazione così in sede arbitrale, come in sede giudiziaria; *b*) consigliano ed eventualmente sorvegliano le cure fisiche dirette ad eliminare o a ridurre al minimo la debilitazione funzionale conseguente alle lesioni traumatiche.

**Il trasporto dei feriti sulle ambulanze fluviali della Croce Rossa.**

Dal principio di luglio le ambulanze fluviali della Croce Rossa compiono l'importante e delicato servizio del trasporto dei feriti dal fronte agli ospedali di Cremona, Mantova e Piacenza, risalendo il corso del Po e del Mincio. Sono sei barconi, trascinati da rimorchi a vapore, arredati con tutte le più moderne esigenze, a bordo dei quali i nostri gloriosi feriti in guerra hanno un comodo mezzo di transito dagli ospedali da campo, dove ricevono le prime medicazioni, a quelli di terraferma, dove la cura è proseguita e completata.

Il comando delle ambulanze fluviali è affidato all'on. conte Gian Giacomo Morando, deputato del collegio di Chiari, tenente colonnello della Croce Rossa, che assolve al suo compito con intelligente operosità, meritandosi speciali encomi.

I viaggi compiuti dalle ambulanze fluviali sono stati costantemente disturbati dal nemico, per il quale nulla è sacro: infatti gli aeroplani nemici hanno lanciato molte bombe sui trasporti, fortunatamente senza cogliere il bersaglio.

L'on. Morando in una sua lettera, pubblicata nell'« Idea Nazionale », ha fatto una interessante descrizione di un viaggio delle ambulanze fluviali.

**Sull'organizzazione degli ospedali militari italiani.**

Il corrispondente del « Journal de Genève » dalla zona di guerra italiana così descrive la visita fatta in un ospedale italiano del fronte:

« L'ospedale che mi si permette di visitare è sorto con una rapidità fantastica. L'Italia è entrata in guerra con l'Austria il 24 maggio e il 21 giugno il nuovo ospedale funzionava ammirabilmente. I locali necessari furono trovati occupando, in un convento delle Suore di Gesù, le stanze destinate ad un piccolo pensionato per giovinette. Nella casa di cura non manca nulla ora, nè il gabinetto di radioscopia, nè le macchine per la disinfezione. Vi sono le corsie per gli ammalati e per i feriti, tutto perfettamente disposto e tutto ciò coi fondi della Croce Rossa di T. e coi doni dei cittadini. Il direttore, che abita e dorme nello stesso ospedale, ha contribuito in gran parte di sua tasca all'acquisto delle macchine per la radioscopia.

Trenta dame infermiere della Croce Rossa, fra le quali si incontrano i più bei nomi dell'aristocrazia di questa provincia veneta, si danno il cambio di sette in sette ore. I più umili impiegati sono fieri e soddisfatti di sopportare dei sacrifici e si prodigano come possono ».

**Per i feriti del sistema nervoso.**

Sull'esempio di quanto è stato fatto in Francia, Inghilterra e Germania, anche a Milano venne istituita una sezione speciale per i feriti del sistema nervoso e per gli istero-traumatizzati dalla guerra. Questa sezione funziona fin dalla metà di giugno ed accoglie ora soldati che riportarono ferite del cervello, del midollo spinale, dei nervi periferici e che abbisognano di ricerche speciali dal punto di vista diagnostico o di un giudizio sulle loro condizioni nevro-psichiche o di cure speciali (elettriche, idroterapiche, psicoterapiche, ecc.). La sezione fa parte del padiglione Biffi ed è diretta dal prof. G. Medea, direttore della sezione neuropatologica dell'Ospedale Maggiore, capitano, validamente coadiuvato dal sottotenente dott. I. Micheli.

**Un Comitato modenese pro-mutilati.**

Già da tempo si è costituito in Modena un Comitato pro-mutilati in guerra allo scopo di raccogliere i soldati che abbiano bisogno, appartenendo alla provincia, di riparazioni o protesi atte a renderli atti per qualche lavoro. Nell'ultima adunanza del Comitato, presieduta dal prof. G. B. De Toni, assessore del Comune, si rivolse l'attenzione specialmente ai provvedimenti intesi alla rieducazione al lavoro e ad altri vantaggi da darsi ai mutilati stessi, con l'idea di istituire possibilmente una Casa di lavoro. Del Comitato fanno parte il presidente della Deputazione provinciale cav. Taparelli, il radiologo prof. Balli, il prof. Mario Donati, il prof. Ugo Pizzoli della Croce Rossa, l'avv. Pio Donati, il senatore Triani e il sindaco di Mirandola. Certo sarà cosa utile una Federazione di diversi Comitati regionali o provinciali per una intesa rivolta a risolvere nel miglior modo possibile il problema altamente patriottico.

**Cura di Salsomaggiore per i soldati.**

Da Salsomaggiore si stanno facendo pratiche per ottenere l'apertura dei RR. Stabilimenti, o di uno almeno, durante l'inverno, nella considerazione di assicurare agli ufficiali e soldati feriti od ammalati in conseguenza della guerra, la cura benefica delle acque di Salsomaggiore. La Gestione di Stato dovrà deliberare in merito all'accoglimento di tale proposta. L'Amministrazione comunale intanto si propone di promuovere dal Consiglio un voto pel quale siano esentati dalla tassa di soggiorno i militari che si recheranno a Salsomaggiore per cura, in seguito a ferite o malattie contratte in guerra.

**Ospedali francesi per i feriti italiani.**

Il 14 corr. si è inaugurato a Milano l'ospedale offerto dalla colonia francese, in via Bellini.

L'inaugurazione ha dato luogo ad una simpatica manifestazione di fraternità italo-francese.

Erano presenti per la colonia offerente molti suoi componenti: le suore della Delivranda, che ebbero l'iniziativa dell'ospedale, il console generale francese Chabrié ed il console di Milano Noble, e in rappresentanza dell'esercito i generali Sapelli comandante il corpo d'armata, Druetti comandante la divisione e Sozzano per la sanità militare. Erano pure presenti il vice-prefetto cav. Frigerio e il console d'Inghilterra Tousey, nonchè altre numerose autorità.

Hanno pronunciato discorsi vibranti di patriottismo il colonnello D'Angelantonio, il console generale francese che ha reso omaggio all'eroismo dell'esercito italiano ed ha inviato un riverente saluto alla famiglia reale, e il generale Sapelli che ha inneggiato alla sicura vittoria delle armi alleate e ha terminato gridando: « Viva la Francia! ».

Gli intervenuti hanno quindi visitato i magnifici locali dell'ospedale, dotato di ogni comodità e situato in locali ampii e tranquilli.

Il Consiglio municipale di Parigi ha deciso di destinare 20,000 franchi per questo ospedale.

**Per le ambulanze automobili dell'esercito.**

L'« Agenzia Stefani » comunica:

Il presidente della Repubblica Francese, Poincaré, ha inviato all'on. Tittoni la somma di cinquantamila franchi, destinata alla sottoscrizione fatta a Parigi dalla Colonia italiana per offrire delle ambulanze automobili pei feriti dell'esercito italiano.

**Per gli indumenti ai soldati.**

Il ministro Barzilai, nella sua qualità di presidente della Commissione centrale per gli indumenti militari, ha trasmesso ai prefetti una circolare che contiene le istruzioni circa l'opera richiesta ai Comitati locali.

**Ufficio dei libri per i feriti in guerra.**

Sotto la tutela del Ministero dell'istruzione pubblica si è costituito a Roma un Ufficio per raccogliere volumi ed opuscoli storici, letterarî, specie di carattere patriottico e di amena lettura, come pure numeri di riviste illustrate, da mandare a conforto e sollievo dello spirito ai feriti in guerra, degenti negli ospedali di Roma. L'Ufficio ha sede in via Due Macelli, n. 66, p. 1.

**I fiori dei giardini di Roma ai feriti.**

Più volte, da quando i soldati feriti in guerra sono amorevolmente curati negli ospedali di Roma, il pro-sindaco comm. Apolloni ha inviato alla Direzione dell'Ospedale del Celio parecchie ceste di fiori dei giardini di Roma, perchè venissero disposti nelle camerate e nelle corsìe.

La distribuzione è fatta dalle dame infermiere e dalle dame visitatrici.

Il pensiero gentile è stato gradito assai dai soldati.

**Spettacoli cinematografici in un ospedale militare.**

La Direzione dell'Ospedale militare del Celio a Roma ha impiantato, in un terreno scoperto annesso all'Istituto, un cinematografo. Si danno spettacoli tre volte la settimana: il martedì, il giovedì ed il sabato. Quando il sole è calato e le ombre della sera si addensano, da tutti i padiglioni i soldati feriti vanno a frotte a vedere il cinematografo. Per lo più si tratta di *films* patriottiche offerte gratuitamente dai rappresentanti romani di Case cinematografiche.

L'idea squisitamente pietosa si deve al capitano Mariotti.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXII — Roma, 26 settembre 1915 — Fasc. 39

# IL POLICLINICO

**Interessantissime pubblicazioni di palpitante attualità**

fatte espressamente compilare per cedere in

**Premio semigratuito**

ai nostri signori abbonati:

**Dott. GIACINTO QUARTA**, aiuto negli ospedali di Roma, Lib. Doc. di Patologia Spec. Medica nella R. Università

## Vademecum della infermiera

**in casa e negli ospedali**

con speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in guerra

Un volume in 16° grande, di circa 250 pagine, nitidamente stampato, con 94 figure intercalate nel testo

**(per i non abbonati al « Policlinico » - Prezzo L. 4).**

**Ai nostri Signori Associati si spedisce per sole L. 2.50 franco di porto.**

INDICE GENERALE.

PARTE PRIMA: I. **Qualità e doveri di una buona infermiera.** — II. **Che cosa è un ospedale.** — III. **Elementi di anatomia del corpo umano.** A) *Dello scheletro dell'uomo*; B) *Apparato muscolare*; C) *Apparato circolatorio*; D) *Apparato respiratorio*; E) *Apparato digerente*; F) *Sistema nervoso*; G) *Organi dei sensi*; H) *Apparato urinario*; I) *Apparato genitale*; K) *Regioni del corpo umano.* — IV. **Nozioni elementari di fisiologia e fisiopatologia.** A) *Apparato scheletrico e muscolare*; B) *Apparato circolatorio*; C) *Apparato respiratorio*; D) *Apparato digerente*; E) *Sistema nervoso centrale*; F) *Organi dei sensi*; G) *Apparato urinario*; H) *Apparato genitale.* PARTE SECONDA: — I. **Delle malattie nel campo medico.** SOMMARIO: Cause delle malattie — I principali disturbi morbosi della pelle; Dell'apparato respiratorio; circolatorio; digerente; nervoso; Degli organi dei sensi; Dell'apparato urinario; Dell'apparato genitale. *La febbre.* — II. **Delle malattie infettive in generale.** — III. **Mezzi di difesa per l'infermiere contro le malattie infettive.** — IV. **Della pulizia e disinfezione delle infermerie per malattie contagiose.** — V. **Assistenza agli ammalati in genere ed ai malati di malattie infettive in ispecie.** SOMMARIO: Riscaldamento; Illuminazione; Ventilazione degli ambienti della infermeria; Il letto dei malati; La pulizia del malato; Posizione del malato nel letto; Sua alimentazione; Somministrazione dei medicinali; Sui vari medicamenti, e sulle vie di loro introduzione nell'organismo umano. *Cateterismo vescicale*; *Lavaggi vescicali*; *Irrigazioni uretrali. Medicazione ipodermica. Bagni e docce.* — VI. **Assistenza alla visita medica.** — VII. **Nozioni di patologia medica.** A) **Malattie infettive più frequenti in guerra.** SOMMARIO: Tifo addominale; Dissenteria; Tifo esantematico; Colera; Peste bubbonica; Meningite cerebro spinale; Tubercolosi polmonare; Morbillo; Scarlattina; Vaiolo; Difterite; Pertosse; Orecchioni; Polmonite lobare; Carbonchio; Malattie veneree; Malaria; Scabbia; Enterite acuta. *Cuore da sforzo.* B) **Avvelenamenti.** C) **Come si appresta un soccorso di urgenza in medicina esclusi gli avvelenamenti.** SOMMARIO: Vertigine; Sincope; Lipotimia; Apoplessia; Convulsioni epilettiche; Convulsioni isteriche; Vomito; Crisi gastriche; Delirio acuto; Alcoolismo acuto; Delirium tremens; Epistassi; Emorroidi; Ernia strozzata; Emottisi; Ematuria; Enterorragia; Asfissie; Folgorazione; Elettrizzazione; Insolazione; Assideramento e colpo di freddo. PARTE TERZA: **Dell'assistenza ai malati chirurgici.** A) **Trasporto dei malati.** B) **Delle sale di medicazione.** C) **Delle sale di operazione.** D) **Lesioni violente.** SOMMARIO: Contusioni; Distorsioni; Lussazioni; Fratture. E) **Delle ferite.** SOMMARIO: Ferite da punta, da taglio; Ferite contuse. F) **Complicazioni delle ferite.** a) *Emorragie*; b) *Tetano.* G) **Ustioni.** H) **Lesioni violente dell'occhio.** I) **Lesioni violente dell'orecchio.** L) **Lesioni violente del naso.** M) **Corpi estranei nella laringe.** N) **Fasciature.** O) **Massaggio e mobilizzazione. Bibliografia. Termini tecnici più comuni.**

**E per mettere i nostri cortesi abbonati in grado di diffondere il Manuale stesso presso le signore di loro conoscenza, abbiamo deliberato di spedire in porto franco le copie che ci venissero richieste col loro tramite al prezzo di costo suddetto; cioè a L. 2,50 ciascuna.**

---

* Dott. G. MENDES - Capitano Medico del 2° Reggimento Granatieri - Già Aiuto negli Ospedali di Roma * * * *

## MANUALE di Medicina e Chirurgia di guerra

Elegantissimo volume tascabile di circa 250 pagine, con 20 figure intercalate nel testo e 1 tavola a colori

**PREZZO L. 5** (Per gli associati al Policlinico sole L. 2 franco di porto).

**Sommario:** PARTE I. **Composizione delle unità di guerra. - Ordinamento dei servizi sanitari in guerra:** Organi direttivi ed organi esecutivi. Servizio sanitario reggimentale e posto di medicazione. Sezioni di sanità. Ospedaletti da campo da 50 letti. Ospedali da campo da 100 e da 200 letti. Ospedali da guerra della Croce Rossa. Sgombero dei feriti e degli ammalati. Servizio sanitario lungo le linee di tappa. Treni ospedali della Croce Rossa. Treni attrezzati trasporto-feriti. Stabilimenti sanitari di riserva. Rifornimento del materiale sanitario. — PARTE II. **Malattie più frequenti al campo:** M. degli organi della circolazione. M. degli organi della respirazione. M. dell'apparato digerente. M. dell'apparato uropoietico. M. veneree. M. della pelle. M. del sistema nervoso. M. mentali. M. da infezione. Avvelenamenti alimentari. - **Ricerche ed analisi chimiche sommarie. - Formulario. - Indice dei più usati medicamenti con traduzione in francese, tedesco ed inglese. - Cura degli avvelenamenti più frequenti. - Dosi massime dei medicamenti.** — PARTE III. **Traumatologia di guerra:** Armi moderne. Ferite dei diversi tessuti (Parti molli, vasi sanguigni, nervi, ossa). Complicazioni delle ferite. Ferite delle varie regioni (Cranio, faccia, collo, torace, addome, reni, bacino, colonna vertebrale, arti). — PARTE IV. **Igiene dell'esercito in campagna.** Alloggiamenti. Alimenti e bevande. Marcie e fatiche militari. Accidenti morbosi durante le marcie. Igiene del vestiario. Igiene individuale. Profilassi delle malattie da infezione. - **Mezzi più attivi e comuni di disinfezione chimica.** — PARTE V. **Convenzione di Ginevra. - Elenco dei mezzi pel funzionamento del servizio sanitario in campagna. - Modelli degli stampati in uso nelle unità sanitarie in guerra.**

---

Per l'acquisto di quanto sopra, inviare Cartolina vaglia direttamente al prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, 46 - ROMA

Anno XXII. Roma, 26 settembre 1915 Fasc. 39

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## NOTE E CONTRIBUTI.

### Per l'applicazione di esami psicologici nell'esercito.

Per avere nel servizio militare un personale idoneo, la visita medica procede, oltre che a scartare i fisicamente inadatti, a riconoscere tra gli idonei i più adatti al servizio nelle varie armi e specialità; ed i segni su cui basarsi per formulare i giudizi all'uopo sono, come ognun sa, determinati segni fisici (statura, circonferenza toracica, rapporto fra tronco e arti inferiori, ecc.).

E tutto ciò va bene, ma non basta. Quanto sto per dire potrà anche fare a molti l'effetto di una ubbia; ma vediamo un po'.

Nelle scuole fino a giorni non lontani il compito del sanitario era ben superficiale e poco calcolato. Comincia ora ad essere riconosciuta l'importanza dell'ufficio del medico scolastico, ma simile istituzione è lungi dall'avere guadagnato universalmente la meritata sanzione. Il medico si occupava dapprima degli scolaretti malati di forme contagiose e diffusibili, e poi si interessò pure dei disturbi funzionali dei sensi in rapporto alla scuola; e poi — e qui siamo indietro ancora — pensò di studiare psicologicamente gli allievi, scoprirne le particolari caratteristiche e trarne norma per un migliore rendimento del congegno dell'istituto scolastico.

Che c'entra tutto ciò con l'esercito? C'entra benissimo, inquantochè l'*elemento psicologico* è troppo poco studiato e conosciuto come coefficiente del buon soldato, come indice di produttività. E i criteri che ora servono per saggiare, giudicare e classificare i varî individui sono tutt'affatto empirici.

Evidentemente, non è possibile pensare all'impianto e al funzionamento di tanti *gabinetti di psicologia* quanti sono i posti, anche principali, ove concentransi truppe, ed alla istituzione di completi casellari destinati a raccogliere i dati degli esami psicologici di tutti i militari indistintamente; e sarebbe davvero risibile la pretesa di integrare l'ordinaria visita di leva con altrettanti esami psicologici individuali. È dubbio se pure nelle scuole si potesse, come da qualcuno è stato vagheggiato, procedere a metodici esami psicologici di ogni singolo alunno. Ma, come nelle scuole si può — anzi si dovrebbe — procedere utilmente a speciali esami psicologici in determinati soggetti, nei quali l'occhio pratico dell'insegnante può scorgere qualche segno sospetto e nei quali un rigoroso esame scientifico può scoprire significative stigmate (donde l'applicazione pratica importantissima di sottoporre cotali soggetti a un regime specia-

le pedagogico), così nell'esercito lo studio e l'esame psicologico speciale individuale dovrebbero applicarsi *solo* a quegli individui che si facessero notare per qualche caratteristica (timidità, irrequietezza, anormalità di carattere e di condotta, ecc.).

Centri di questi studi e di queste speciali indagini dovrebbero essere alcuni degli ospedali militari principali, e dovrebbero esservi adibiti ufficiali medici specializzati; ricordando al proposito che sarebbe ora di staccarsi coraggiosamente dal vecchio dirizzone di far fare un po' di tutto al medico militare, con la vana pretesa che diventi enciclopedico in onta all'odierna tendenza specializzatrice; oggi anche nel terreno della medicina militare appare ben chiara l'utilità d'una divisione di lavoro e d'una distinzione di importanti rami quali, oltre alla chirurgia e alla dermosifilopatia, quella degli esami chimici e microscopici, quella dell'assistenza igienica e del servizio disinfezioni e, mi permetto aggiungere, quella degli *esami psicologici*.

E qualora si avesse anche in questa specialità importantissima un conveniente personale tecnico e un conveniente corredo strumentario, potrebbero le autorità mediche militari, con mezzi proprî, pervenire alla conoscenza di casi veramente disgraziati di soggetti incompatibili col servizio militare e pure non riconosciuti a una sommaria visita, e a disvelare d'altra parte varî casi di meditato trucco e d'abile simulazione.

Oggigiorno la debolezza, la manchevolezza, la irregolarità nell'evoluzione mentale si manifestano assai di frequente e in svariate forme e gradi, perchè l'igiene generale, l'igiene corporea, l'igiene psichica sono raccomandate dagli scienziati, ma restano applicate tutt'altro che largamente; e la vita odierna, vertiginosa, assillante, *surmenante* è un fattore precipuo di simili squilibri.

Vi sono molti casi di giovani individui che non danno nessun indizio preoccupante: poi avviene che, sotto l'effetto degli stimoli di ambiente e di abitudini cangiate, come nell'entrare nella disciplina dell'esercito o nel legame di un impiego, essi liberano completamente al crogiolo di simile prova ogni loro manchevolezza, ogni labe ingenita fino allora mal celata.

Qualora il Corpo Sanitario dell'esercito fosse provveduto di medici psicologi, la non grave complicazione di servizio sarebbe compensata da non tardi frutti; perocchè così si giungerebbe a eliminare più facilmente individui che, portando seco il triste fardello della degenerescenza con relative note fisio-psichiche più o meno apparìscenti, possono riuscire gravemente dannosi, e si potrebbe migliorarne altri suscettibili (specie se adibiti a particolari servizi) di apprezzabili guadagni; si eviterebbe di assegnare a certuni, solo perchè fisicamente non deficienti, incarichi inadeguati alla loro potenzialità psichica e si potrebbero i medesimi in altra guisa utilizzare.

Si sono letti e si leggono casi di militari colti da improvvisa alienazione ed abbandonatisi ad atti pericolosi: resterebbe precisamente a vedere se si trattava sempre di alienazione improvvisa, senza veramente verun indizio premonitorio, o non piuttosto di un'esplosione subitanea in individui già tarati e che, pure facendosi notare per qualche caratteristica svantaggiosa, non erano esattamente giudicati e venivano magari peggiorando per l'influenza di vieti sistemi; ma allorquando detti esami psicologici avessero applicazione e vi si sottoponessero senza indugio gl'individui sospettabili pel loro portamento psichico, questi casi verrebbero, se non assolutamente a scomparire, certo a ridursi notevolmente di numero.

Si moverà forse l'obiezione che con tale innovazione si potrebbe dar esca all'aumento del numero dei simulatori per sottrarsi al servizio e farsi mettere sotto osservazione psicologica. Ma si può rispondere che il sapere che vi sono medici forniti di particolare competenza varrà anzi a mettere in guardia l'aspirante simulatore contro il pericolo di essere scoperto e di uscirne scornato.

I vantaggi poi non possono sfuggire a chi giudichi con modernità di vedute. Basti un'osservazione: si è accennato al male dei simulatori di infermità per sottrarsi al dovere del servizio militare; ma v'ha d'altra parte chi dissimula difetti o malattie, sia per ambizione dell'uniforme sia per interesse di carriera. Tra queste dissimulazioni, quelle che spesso riescono e che sono le più temibili per le eventuali conseguenze, sono le dissimulazioni di disturbi funzionali nervosi e psichici (forme epilettiche, neurasteniche, temperamenti impulsivi, ecc.).

Qui è incontroverso il benefizio di cotesti odierni mezzi scientifici di esame psicologico; i quali pure potrebbero fare buon giuoco prima di procedere all'assegnazione di militari o graduati a taluni servizi che richiedono in particolar modo requisiti individuali di equilibrio, di sangue freddo, di dominio di sè.

È innegabile che per arrivare all'attuazione di simili proposte, si richiedono fatiche e sacrifizi. Ma ora che ben a ragione si domandano nuovi sacrifizi per una maggior efficienza dell'esercito, non deve parere eccessivamente strana la proposta di studiare l'impianto di un servizio specializzato rispondente a nuove esigenze

scientifiche ed atto a portare luminoso incremento ad una funzione che nell'organismo dell'esercito, come nel grande organismo sociale, è manifestamente di prim'ordine, la nobile e austera, previdente e provvida funzione della Sanità.

Non da ieri rimuginai tra me la quistione dell'applicazione di esami psicologici nell'esercito in casi speciali (i quali, considerato il notevole contingente annuale di uomini sotto le armi anche in tempo di pace, possono essere bastevoli per giustificare l'impianto di uno speciale servizio, ed in tempo di guerra aumentano di numero, date le emozioni, le privazioni, gli strapazzi, le varie condizioni anormali di vita); ma mi sono risolto a manifestare adesso il mio pensiero, perchè adesso sui molteplici quesiti concernenti l'esercito è in particolar modo richiamata l'attenzione.

Confesso di non conoscere se negli organamenti medici militari di altre nazioni si sia fatto o no qualche cosa del genere, quantunque non ignori che altrove funzionano bene riparti per malattie nervose, anche al campo; ma oso affermare che, quando pure mancasse lo stimolo dell'esempio di fuori, sarebbe questo uno di quei casi in cui si potrebbe a tempo opportuno prendere qui l'iniziativa e fare da sè, e si farebbe bene. Dott. UMBERTO LORETA.

## Radiologia da campo.

per il dott. A. COSSU, capitano medico.

Le considerazioni sulla radiologia da campo esposte negli ultimi numeri del « Policlinico », sebbene non ispirate a unità di criteri teorici nè pratici, data però la presente circostanza e pel fervore di concorde finalità che le ha suggerite, meritano tutto l'interesse della classe medica.

L'apparecchio radiografico del Corpo sanitario militare, in dotazione alle unità mobilitate è quello — ognuno sa — fornito dalla ditta Balzarini di Milano per suggerimento del generale medico Ferrero di Cavallerleone.

Non conosco quale rendimento abbia dato nei Balcani, quale ne dia attualmente nella guerra nazionale, certo è che in Libia ha pienamente corrisposto in molteplici e non facili circostanze.

Ne tengo parola non fosse altro per l'uso quasi quotidiano di quattro anni, dall'inizio cioè della occupazione della Cirenaica.

Quanto hanno scritto su questo giornale distinti radiologi circa i pregi e difetti dell'apparecchio, fu da me rilevato in precedenza, il che mi persuase ad apportarvi alcune modifiche tendenti ad aumentarne la potenzialità e che supponevano l'autoradiologica quando da noi, credo, non se ne faceva ancora parola.

La dinamo dell'apparecchio da campagna manovrata da due persone ha dato:

80 volts di tensione ai poli;

4 ampères d'intensità al primario;

1.5 m. a. d'intensità al secondario (con tubo Müler ad anticatode rinforzato del diametro di mm. 150-170); risultati quasi identici a quelli ottenuti da altri osservatori.

In seguito, coll'attacco della corrente stradale direttamente alla dinamo, divenuta in questo modo organo di trasmissione, non avendola potuta escludere dal circuito, ottenni con 95 volts:

5 ampères al primario;

2 m. a. al secondario.

Per esigenze di servizio e nella probabile eventualità di dover trasportare rapidamente l'apparecchio a distanza dalla base utilizzai, per la messa in azione, il moto rotativo dell'asse primario della Fiat con marcia in 3ª velocità raggiungendo:

110 volts di tensione ai poli;

5.5 ampères d'intensità al primario;

2.2 m. a. d'intensità al secondario senza eccessivo riscaldamento nè produzione di corti circuiti.

Con queste trasformazioni ho potuto diminuire il tempo di posa e aumentare il potere definiente dei raggi X, il che mi parve già abbastanza, tenuto conto della potenzialità della dinamo, quantunque di perfetta costruzione.

Sintetizzando, i risultati sono i seguenti:

arti, bacino di adolescenti: ottimi;

torace, collo: buoni;

cranio, articolazioni coxo-femorali: mediocri;

addome: nulli.

Potrei esibire a coloro che lo desiderassero, la mia raccolta di negative radiografiche e di diapositive.

Ed ora accenno brevemente ad una circostanza la quale potrebbe avere un qualche interesse.

Nel combattimento di Ettangi II avvenuto nel settembre 1913 nel settore di Derna, il nemico nella fuga lasciò nell'accampamento oltre uno stock di ferri chirurgici, un completo apparecchio radiografico di marca tedesca (con interruttore elettrolitico, tubi valvola, ampolle Gundelach, indotto Reiniger modello grande e numerose pile Bunsen); dalla furia devastatrice dei nostri ascari si salvò solo l'induzione la quale trovasi attualmente nell'Ospedale civile di Feltre.

Dall'esame delle poche radiografie rimaste intatte e dai numerosi frammenti, mi convinsi come a parità di condizioni, si possa rimanere

soddisfatti dei risultati ottenuti da un apparecchio di modeste pretese ma di facilissimo maneggio. Pur riservando ai tecnici apprezzamenti e giudizi in merito, postochè tanto si è detto e scritto per sostituire nella zona avanzata l'apparecchio da campo con l'autoradiologica, mi permetto di ricordare che difficoltà logistiche mai potranno consentire l'impiego di questo potente ma ingombrante mezzo di indagine nelle vicinanze delle linee di fuoco.

Chi conosce i settori ove si svolge la nostra azione sa pure che ai piedi delle Alpi non difettano ospedali civili dotati di mezzi moderni di indagine clinica, non esclusa quella radiografica.

Orbene la pretesa di far arrivare più in alto le auto ove a fatica si arrampicano i muli (non parlo della stagione invernale) è una splendida utopia, ma sempre un'utopia, mentre lassù l'apparecchio da campo someggiato può giungere e dare i suoi buoni risultati, purchè gli si domandi *quello che può dare.*

Circa gl'interventi chirurgici da praticarsi nelle primissime linee o poco a tergo, la prudenza non sarà mai sufficiente; a contesa finita si potrà dire della chirurgia di guerra, parafrasando il motto oraziano:

*Multa ceciderunt* ..

Bengasi, agosto 1915.

## La purificazione dell'acqua con il cloruro di calce.

La necessità di provvedere alla purificazione dell'acqua per le truppe in campagna, ha indotto le nazioni meno minuziosamente apparecchiate alla guerra, e tuttavia trascinate nell'attuale conflitto, a cercare delle soluzioni immediate di quel problema.

Poichè era impossibile allestire subito il numero occorrente di apparecchi per la sterilizzazione col calore, così oltre questo metodo di purificazione, certamente il più sicuro e raccomandabile, si dovette ricorrere ad altri veramente improvvisati, e sopratutto al trattamento con il cloruro di calce: sostanza, della quale esistevano od erano facilmente preparabili quantità ingenti.

Come mezzo chimico di disinfezione dell'acqua potabile, l'ipoclorito di calcio ha evidentemente grandi pregi: notevole efficacia, basso prezzo, comodità di trasporto. Ha però anche dei difetti: sapore e odore disgustosi anche in piccolissima quantità, intorbidamento e variazione della costituzione chimica dell'acqua, azione disinfettante malsicura sulla parte corpuscolare sospesa nell'acqua.

Si trattava perciò di trovare qualche artifizio, mediante il quale codesti difetti, o i più rilevanti di essi, fossero più o meno completamente aboliti, e in pari tempo si raggiungesse la semplicità e la sicurezza che sono indispensabili per gli usi delle truppe in guerra. In questi mesi non sono davvero mancate le proposte per tale scopo, e si sono andate raggruppando intorno a due indirizzi principali: o trattare l'acqua con un eccesso di ipoclorito, probabilmente sufficiente anche quando l'acqua sia inquinatissima; oppure determinare e usare, volta per volta, la quantità minima di ipoclorito necessaria per la disinfenzione.

Il primo indirizzo è senza dubbio il più spiccio, ma ha, fra altri, l'inconveniente di dar luogo, anche in acque poco impure, all'aggiunta di quantità eccessive di ipoclorito, prima, e di iposolfito sodico, poi, per neutralizzare l'ipoclorito alla fine della disinfezione. Si ha cioè discreta modificazione della composizione chimica dell'acqua anche quando ciò non è necessario.

Wesenberg (1), per ovviare a questo, propose l'uso di un ipoclorito di calcio, preparato espressamente con alto contenuto di cloro attivo, e di un neutralizzante a base di acqua ossigenata, per cui l'alterazione dell'acqua non verrebbe ad essere troppo grande.

Il secondo indirizzo invece ha il grande vantaggio di far accertare, per ogni singola acqua, la quantità occorrente di ipoclorito, e così, oltre la maggior sicurezza dell'opera di purificazione, è pur possibile la scelta giudiziosa dell'acqua da destinarsi all'uso potabile, il riconoscimento di successivi inquinamenti accidentali nella stessa acqua adoperata per più giorni, ed è evitato l'abuso di disinfettanti chimici, che non si possono considerare innocui, sopratutto se adoperati per lungo tempo.

Woodhead (2) ha portato a questo secondo indirizzo un importante contributo con l'osservazione che un'acqua addizionata di ipoclorito di calce la quale assuma 15-30 minuti più tardi colorazione turchina con joduro potassico e amido, non deve più contenere batteri vivi del gruppo del *bact. coli* e del bacillo dissenterico.

A me è parso opportuno di esaminare con cura quanto il Woodhead aveva affermato, senza la scorta di documenti sperimentali che ne dimostrassero chiaramente la portata: mi sono proposto cioè di stabilire, con ricerche dirette, *se l'aggiunta di cloruro di calce all'acqua, in quantità tale da dare dopo 15' colorazione turchina con joduro potassico e amido, è sufficiente ad assicurarvi l'uccisione dei batteri che hanno*

(1) Hyg. Rundschau, 1915, n. 8.
(2) Lancet, 19 settembre 1914.

*maggiore importanza per l'igiene delle truppe: bacillo del tifo, del paratifo, della dissenteria, bacterium coli e vibrione del colera.*

Non è qui il caso di descrivere i particolari delle molte esperienze, che ho eseguito con tale scopo: basterà esporne i resultati pratici, premettendo solo qualche avvertenza.

La reazione colorata che si ottiene aggiungendo alla soluzione di ipoclorito il K I e l'amido ha intensità diversa a seconda del contenuto di Cl attivo, ma anche a seconda della proporzione e della quantità dei due reattivi. Io mi sono valso di una miscela ben macinata di una parte in peso di K I e di tre parti di amido: l'aggiunta di un pizzico (una punta di spatola) di essa a 100 cmc. di soluzione di cloruro di calce dà colorazione blu-viola in presenza di 0.0028 per mille di cloro attivo e colorazione blu-nerastra con 0.0035. È solo raggiungendo una di queste colorazioni che si può aver fiducia nell'avvenuta disinfezione, come vedremo a momenti.

Non sempre gli studiosi di questi argomenti riferiscono in qual maniera si sono accertati dell'azione degli ipocloriti sull'acqua: altre volte il metodo è bensì descritto, ma l'accertamento spesso è stato fatto coltivando solo 1 cmc. dell'acqua, oppure mediante il così detto saggio del *coli* su 5-10 cmc. d'acqua. Ora è bene ripetere che quando si tratti di esperienze le cui conclusioni devono tradursi nella pratica, è necessario essere molto più esigenti verso i metodi di purificazione, appunto perchè l'acqua non si beve a cmc. e in guerra le condizioni generali del soldato sono non raramente propizie all'attecchimento delle infezioni intestinali. Ho ritenuto pertanto indispensabile di ricercare l'eventuale sopravvivenza dei batteri patogeni specialmente su campioni di 100 cmc.

Un altro lato interessante del problema è quello che concerne la torbidezza dell'acqua. Le parti corpuscolari sospese possono essere costituite da elementi minerali di niuna importanza dal punto di vista igienico, oppure resultare da detriti organici più o meno ricchi di batteri in tutto il loro spessore. Non è impossibile di uccidere anche in quest'ultimo caso i germi patogeni, ma occorre perciò una concentrazione di disinfettante e, forse più, una durata di disinfezione, che presso le truppe non troverebbero certo comoda applicazione. Se si deve consumare per scopo potabile dell'acqua torbida e se si vuole purificarla con l'ipoclorito di calce, bisogna dunque filtrarla.

Il dott. Vittore Ravizza di Milano ha costruito, per purificare con l'ipoclorito masse notevoli d'acqua, un apparecchio assai semplice e ingegnoso, il quale è appunto provvisto di una tela-filtro che, pur funzionando rapidamente, corrisponde assai bene. Ma in qualche caso la torbidezza dell'acqua è di tal natura da non poter venire allontanata con la semplice filtrazione attraverso tela: raccomando allora di aggiungere agitando bene 1.5-2 grammi di solfato alluminico commerciale per ettolitro e dopo 10-15 minuti filtrare: la precipitazione che ne segue permette di avere acqua discretamente limpida anche filtrando attraverso semplici falde di cotone idrofilo (meglio attraverso cotone idrofilo compresso, che però non credo si trovi attualmente in commercio).

Noto pure che, occorrendo, si può eseguire contemporaneamente il trattamento con cloruro di calce e quello con solfato alluminico: essi non si disturbano a vicenda.

Resta infine da dire qualcosa intorno al contenuto batterico. Qual'è il numero dei germi patogeni che in questa sorta di esperienze bisogna aggiungere all'acqua per ripetere con maggior fedeltà il caso pratico? Evidentemente non si può dare alcuna risposta precisa: io ho pensato che ci si potesse però accostare alle condizioni peggiori usando acqua di fiume (acqua dell'Arno) molto inquinata naturalmente, addizionarla di piccole quantità di feci e di urina, e poi di un numero di batteri paragonabile a quello che si trova ordinariamente nelle acque luride, o che si verrebbe ad avere in una acqua potabile inquinata *ad arte* con germi patogeni ossia con tale quantità di cultura da non impartirle una torbidezza che per sè la rendesse sospetta. Tanto per riferire qualche cifra, dirò che in una delle esperienze decisive si usò un'acqua già ricchissima di germi proprii, che consumava col metodo di Kubel gr. 0.02 di O per litro e che fu addizionata di oltre 5 milioni di bacilli del tifo e di oltre 2 milioni di vibrioni del colera per cmc.

In un'altra prova, con acqua dell'Arno sterilizzata, si aggiunsero, nei varî campioni, e per cmc., persino milioni 4 di vibrioni del colera, milioni 5 di bacillo dissenterico, milioni 36 di bacillo paratifo B, milioni 16 di bacillo del tifo e milioni 18 di *bact. coli.*

Premesso tutto ciò, io posso dire che se l'acqua, dopo 15-20 minuti d'azione del cloruro di calce, dà ancora colorazione blu-violetta persistente con la miscela di ioduro potassico e amido, essa, nelle mie esperienze, è resultata ormai così pura da non dare più sviluppo di germi patogeni, neppure coltivando in massa 100 cmc. dell'acqua stessa, addizionati, appena trascorsi quei 15 minuti, della quantità di iposolfito sodico necessaria per abolire immediatamente l'azione dell'ipoclorito.

Naturalmente la quantità di cloruro di calce da usarsi nei varî casi è differente: può essere di di 1-2 mgr. di cloro attivo (1) per litro, ma può salire anche a 150 mgr. e più, quando l'acqua è molto inquinata. Sta ad ogni modo il fatto che la reazione colorata con ioduro potassico e amido è ottimo segno per giudicare dell'andamento della disinfezione, onde a me pare che esso debba avere la più larga applicazione nella pratica. Per le truppe, tenendo pure conto delle istruzioni che il Ravizza ha annesso all'apparecchio già ricordato, io proporrei quindi le seguenti norme:

1° Le acque da sottoporsi alla purificazione con ipoclorito di calcio (cloruro di calce) debbono essere scelte fra le meno sospette e le organoletticamente migliori: sempre quando sia possibile, si adoperino cioè le acque poco esposte a inquinamenti, senza colore, odore, sapore sgradevoli, fresche e *limpide*.

2° Se le uniche acque disponibili per bere sono torbide, dovranno venire accuratamente chiarificate, o facendole passare attraverso un telo di fustagno bianco oppure, se questo non basta, trattandole col 15-20 per mille di solfato alluminico, sciolto prima in una piccola quantità dell'acqua entro un recipiente non metallico e poi aggiunto alla massa lasciandolo agire almeno 10 minuti. Dopo questo trattamento l'acqua filtra bene anche attraverso una grossa falda di cotone idrofilo sostenuto da un telo comune. L'aggiunta del solfato alluminico può essere fatta subito dopo quella del cloruro di calce, in modo da eseguire le due operazioni di chiarificazione e di disinfezione nello stesso tempo.

3° Supposto che i recipienti in cui avviene la purificazione con l'ipoclorito abbiano una capacità di 100 litri, saranno dati in dotazione: *a*) una serie di pacchetti di cloruro di calce leggermente compresso e avvolto in carta pergamenata, contenenti ciascuno gr. 1.5 del sale, pari a circa gr. 0.5 di cloro attivo; *b*) una serie di piccole compresse di amido e ioduro potassico fabbricate con tre parti in peso del primo per una parte del secondo; *c*) una serie di pacchetti del tipo di quelli di cloruro di calce, contenenti gr. 3 di iposolfito sodico; *d*) una serie di pacchetti di 2 gr. di solfato alluminico; *e*) un mestolo di legno in cui sia segnata la capacità di 100 cmc. e un pestello di legno che si possa adattare al mestolo, il quale funzionerà anche da mortaio; *f*) un telo di fustagno bianco da usarsi come filtro.

(1) Il cloruro di calce ordinario del commercio, quand'è in buono stato di conservazione, contiene in media il 30-35 % in peso di cloro attivo.

Per la disinfezione dell'acqua si userà, ogni 100 litri, un pacchetto di clorato di calce, che si macina nel mestolo a più riprese con poca acqua mediante il pestello di legno, decantando mano mano la parte più limpida sul telo posto sopra la bocca del recipiente dell'acqua per impedire che in questa pervenga la parte insolubile del cloruro di calce. All'ultimo si getterà via il poco residuo rimasto nel mestolo e con questo, attingendo l'acqua dal recipiente in cui sta disinfettandosi, si farà passare parecchia acqua sul telo; poi si agiterà bene la massa e infine si prenderà un campione di 100 cmc., al quale si aggiunge una compressa di joduro potassico e amido, che si sarà prima polverizzata.

Si osserva, agitando, se compare una colorazione blu-violetta intensa: se dopo 1-2 minuti essa non è comparsa oppure si è ottenuta solamente una colorazione violacea o paonazza che tende a scomparire, si aggiunga subito alla massa dell'acqua, nel modo indicato prima, un altro pacchetto di cloruro di calce. Quindi si prelevano nuovamente 100 cmc. per la reazione con ioduro potassico e amido e, nel caso che anche questa volta essa fallisca, si farà un'altra aggiunta di cloruro di colce, e così via (1).

In genere le acque pure o poco impure non richiedono più di 1-2 dosi di cloruro di calce: sono solamente le acque notevolmente inquinate che ne richiedono parecchie.

Dopo l'ultima aggiunta di cloruro di calce si lasciano trascorrere 15 minuti, tenendo sempre d'occhio il campione di 100 cmc. che si agiterà di tanto in tanto con uno stecco pulito: se la colorazione violetta durante quel tempo accenna a diminuire o a scomparire, ciò indica che la quantità di cloruro di calce aggiunta all'acqua è insufficiente. Solo quando il campione trattato con KI e amido, agitato ripetutamente, resta blu-violetto per quindici minuti, si può ritenere che la disinfezione dell'acqua con la dose usata di ipoclorito è soddisfacente.

Dopo si assaggerà l'acqua e se ha sapore o odore di cloro, vi si scioglierà l'iposolfito sodico, procedendo come per il cloruro di calce. In genere ne basterà una dose sola, anche se si sono adoperate più dosi di ipoclorito. La neutralizzazione del sapore e dell'odore di cloro è quasi istantanea dopo la dissoluzione dell'iposolfito.

Il telo-filtro dovrà essere tenuto ben pulito e di tanto in tanto fatto bollire con acqua e un po' di soda cristallizzata o di cenere, per disinfettarlo a fondo. Esso è soggetto a venir cor-

(1) Con un po' d'esperienza si riconoscerà subito dall'andamento della reazione con KI e amido se la dose di ipoclorito usata è insufficiente e se quindi occorre aggiungerne immediatamente dell'altro.

roso dall'ipoclorito, sebbene la precauzione di farvi passare parecchia acqua e poi la soluzione dell'iposolfito, durante la disinfezione dell'acqua, come è stata descritta, valga a ritardare e ad attenuare tale corrosione.

Norme analoghe possono valere per la disinfezione dell'acqua destinata a piccoli reparti, drappelli, ecc.; e specialmente in tal caso dovrebbero riuscire molto utili le compresse di cloruro di calce e di cloruro sodico secondo Vincent e Gaillard (1), che ora prepara la ditta Erba oppure quelle Sclavo e Betti, perchè da esse l'acqua non è intorbidata, mentre lo sarebbe dal cloruro di calce aggiunto in sostanza senza farlo passare per un telo, come fu indicato prima e come non pare certo possibile di praticare nelle disinfezioni in piccolo. Vi è però un inconveniente: la diffusione dell'ipoclorito di calcio nell'acqua con cotesti preparati avviene abbastanza lentamente: per es. dalle compresse Erba, dopo 15', non si ottiene che la metà del cloro attivo che esse contengono. Se si vuol aver il benefizio dell'acqua limpida sarà dunque necessario di prolungare convenientemente la durata della disinfezione in base ai dati che i fabbricanti dovrebbero porre sui loro preparati, o, meglio, aumentare la ricchezza di questi in cloruro di calce sicchè la disinfezione non abbia a richiedere troppo tempo: poichè non bisogna dimenticare che non è molto facile far pazientare per mezz'ora o più delle truppe assetate.

Quando però condizioni speciali rendano impossibile l'esecuzione del saggio che abbiamo indicato per la determinazione della dose di ipoclorito occorrente a purificare una data acqua, non resterà che ricorrere ad un altro agente di disinfezione, e preferibilmente al calore, oppure valersi di quantità di ipoclorito fissate in precedenza come presumibilmente sufficienti anche per acque molto inquinate. Wesenberg, secondo le ricerche citate in principio di quest'articolo e che io posso confermare, propone l'uso di 150 mgr. di cloro attivo (gr. 0.45 di cloruro di calce ordinario) per litro d'acqua. È, in fondo, una dose che non darebbe troppo pensiero, se anche in Italia si pensasse a preparare del cloruro di calce ad alto contenuto di ipoclorito, ma è pure solamente una dose approssimativa; e non si raccomanderà mai abbastanza di ricorrere solo in caso di necessità a questo procedimento.

A parte questo punto, che peraltro meriterà di venir preso in esame per una conveniente soluzione, i dati raccolti finora dimostrano bene che la purificazione dell'acqua con il cloruro di calce, eseguita con le cautele descritte qui (1), è, fra i metodi di necessità, forse il più raccomandabile, per la relativa semplicità e per la notevole sicurezza. Dove le nostre truppre non hanno potabilizzatori o dove questi non possono venir usati, il cloruro di calce dovrebbe nel maggior numero dei casi risolvere abbastanza bene il vitale problema della provvista di buon'acqua potabile.

Pisa, R. Università.

D. OTTOLENGHI.

(1) C. R. Acad. Sc., 1915, t. 160, p. 483.

(1) Anche Gascard e Laroche in Francia (Presse médicale, 1915, n. 36) rilevano l'importanza di fisssare direttamente con ogni acqua la dose di ipoclorito necessaria e sufficiente per la purificazione.

# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### Decubiti da traumatismi in guerra.

(P. MARIE e G. ROUSSY. *Bull. de l'Acad. de Médecine,* maggio 1915).

In confronto alle guerre dei tempi passati, nella guerra attuale le ferite del rachide e del midollo spinale sono state molto frequenti. Ciò pare dovuto al fatto che i soldati oggi son più spesso costretti ad avanzare strisciando carponi o ventre a terra, alla frequenza maggiore delle ferite da proiettili d'artiglieria che non di rado colpiscono i soldati già curvi o abbattutisi per terra, alla molteplicità delle imboscate e degli attacchi di fianco e d'infilata.

È notevole sopratutto che i fenomeni paralitici consecutivi a lesioni midollari d'origine traumatica in guerra tendono spontaneamente a migliorare e guarire molto più rapidamente delle lesioni consimili d'altra natura. Negli ospedali da guerra le manifestazioni paraplegiche presentano una prognosi molto più favorevole che negli ospedali ordinari. Queste lesioni che sono quasi sempre di prognosi infausta in condizioni comuni, presentano caratteri di gravità minore e difficilmente hanno esito letale in ferite di guerra.

Quando è leso il midollo dunque non bisogna mai essere fatalisti e considerare il malato per perduto; se si riesce ad evitare le complicazioni che possono aggravarne la prognosi, spesso si possono avere miglioramenti non sperati.

Bisogna sopratutto cercare di evitare la formazione di decubiti e gli inconvenienti delle alterazioni funzionali degli sfinteri vescicale e rettale.

Le escare necrotiche rappresentano uno dei pericoli maggiori delle ferite midollari.

Si è ritenuto dalla quasi generalità che esse avessero origine diretta da alterato trofismo cutaneo dovuto alla lesione del midollo spinale, e perciò si ritenevano inevitabili in questi gravi traumi e poco si curavano. Charcot non conosceva l'antisepsi e l'asepsi, e però considerava i decubiti acuti come l'espressione diretta ed esclusiva dell'alterato trofismo d'origine centrale.

Invece le scoperte della batteriologia, modificando i nostri concetti circa la patogenesi dei decubiti, ci fanno ritenere che questi possono essere evitati nei traumi midollari.

I centri nervosi eserciteranno sempre la loro funzione regolatrice sul trofismo dei tessuti; ma l'alterazione di questa funzione trofica in casi di lesioni midollari si esplica soltanto sotto forma di una diminuita resistenza dei tessuti alle cause morbose esterne. Le lesioni midollari per sè non producono mai in genere le alterazioni dell'epidermide che precedono la formazione dell'escara. Queste alterazioni si hanno invece a causa della compressione prolungata dei tessuti molli nelle regioni più declivi e per l'infezione settica che sopraggiunge ed è favorita da condizioni di umidità e di sporcizia della pelle.

Nelle lesioni traumatiche del midollo spinale, a causa della paraplegia completa che ne consegue, le parti più declivi (il sacro, i talloni) sopportano tutto il peso della metà inferiore del corpo; ne risulta un ostacolo grave alla circolazione nelle regioni così compresse, nelle quali per di più la nutrizione è rallentata per la lesione midollare stessa.

Inoltre per la paralisi di senso, il paziente non sente il bisogno di cambiare posizione. Per tutte queste ragioni, nelle regioni più gravemente compresse, si produce dapprima una chiazza di rossore, che subito si cambia al centro in ecchimosi, sulla quale si vedrà formarsi una bolla a contenuto siero-ematico, a mantello sottile che facilmente si lacera.

Ma nelle lesioni midollari quasi sempre un altro elemento morboso contribuisce ad aggravare il decorso dei decubiti che per sè stessi, mantenendosi in stato di secchezza e di asepsi, potrebbero volgere a guarigione. In queste condizioni è perniciosa l'umidità dovuta a medicazioni umide e più ancora alla perdita delle feci e delle urine.

Le urine fermentate e le feci preparano il terreno migliore nelle lesioni cutanee suddette per lo sviluppo di germi aerobi ed anaerobi. Così si hanno i fenomeni di sfacelo che spesso sono la vera causa di morte in queste lesioni spinali per i processi tossici ed infettivi che debilitano sempre più l'organismo.

Che i decubiti siano dovuti più specialmente a cause locali è dimostrato dal fatto che essi si verificano sempre al sacro ed ai talloni qualunque sia la sede della lesione midollare, e che la formazione dell'escara è sempre in rapporto con l'incontinenza vescico-rettale. Una lesione midollare senza incontinenza vescico-rettale non dà luogo a decubiti, tranne condizioni speciali.

Per queste ragioni bisognerà sorvegliare attentamente le funzioni della vescica e del retto, a seconda che si avrà incontinenza o ritenzione vescicale o rettale, ed inoltre bisognerà curare molto lo stato igienico e la protezione delle regioni declivi più soggette a decubito.

Le precauzioni più semplici, preventive od immediate, potranno prendersi anche agli avamposti o nelle unità sanitarie avanzate di prima linea. Nelle unità di seconda linea si provvederà meglio, se i feriti non vi arrivano dal fronte già con decubiti o con infezioni vescicali. Anche in questi casi non bisognerà mai disperare; se si potrà riuscire a far migliorare le condizioni delle funzioni vescico-rettali, anche i decubiti potranno guarire, e le lesioni midollari tenderanno più facilmente alla guarigione spontanea.

P. SABELLA.

## NEUROLOGIA.

### Disturbi vasomotori ed alterazioni trofiche da lesioni nervose.

(REZNICEK. *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1915, n. 20).

Nelle comuni affezioni dei nervi periferici i disturbi trofici e vasomotori sono frequenti e molteplici, per es. sotto forma di gangrena, mal perforante, herpes zooster, ecc.

Sono frequenti anche nelle ferite da arma da fuoco dei nervi periferici, a causa delle paralisi motorie e sensorie che così spesso si ripercuotono nello stato di nutrizione dei tessuti.

L'A. riferisce su 200 casi e più di lesioni nervose a carico prevalentemente degli arti superiori ed inferiori, dei nervi periferici o dei plessi nervosi, e di singoli nervi cranici; in qualche caso si tratta di fratture guarite con callo deforme.

Fra le manifestazioni vasomotorie, i più frequenti sono i disturbi circolatori nei segmenti periferici degli arti colpiti, sotto forma di iperemia venosa, con colorito cianotico uniformemente diffuso o con marmoreggiamento cuta-

neo. Le regioni colpite sono alquanto tumefatte per l'iperemia, senza edema evidente. La stasi aumenta in posizione declive, per l'ostacolato deflusso.

In questi casi la stasi venosa non dipende dalla mancanza dell'azione aspirante e premente della musculatura per il disturbo della motilità, o da altre cause fisiche, ma è dovuta alla paralisi delle pareti vasali prodotta dalla lesione dei nervi corrispondenti.

Nella paralisi del mediano il colorito cianotico è localizzato al pollice, all'indice ed al medio, nella paralisi dell'ulnare soltanto al mignolo.

Nei casi in cui i disturbi vasomotori sono più accentuati, oltre all'iperemia venosa si ha l'edema da stasi. Più frequentemente nelle ferite dello sciatico, od anche in quelle del plesso brachiale o di alcuni nervi dell'arto superiore, si ha tumefazione maggiore o minore del piede o della mano dovuta ad edema delle parti molli. La cute non presenta aumento locale della temperatura. Per manifestazioni irritative dei nervi lesi, si possono avere dolori nelle regioni tumefatte. L'edema è dovuto alla paralisi delle pareti venose che, dopo un certo tempo, diventano facilmente permeabili ai transudati.

Tali perturbamenti vasomotori in alcuni casi sono presenti, e in altri mancano, benchè tutti questi siano clinicamente simili: ciò dipende dalla maggiore o minore compartecipazione dei nervi vascolari nel tronco venoso, non sempre proporzionata alla lesione delle fibre motorie e sensitive, perchè i singoli sistemi di fibre in un nervo presentano resistenza differente al trauma. Così per es. la porzione peroneale dello sciatico è poco resistente ai traumi, e perciò molto spesso dà manifestazioni vasomotorie nel suo territorio di innervazione; mentre la parte mediale del tronco dello sciatico presenta una resistenza molto maggiore.

L'A. ha osservato finora soltanto lievi alterazioni trofiche della cute, mai gravi lesioni regressive, come gangrena, ecc. Non di rado nelle paralisi estese, per es. nelle paralisi del plesso brachiale, ha osservato uno stato atrofico della cute nel territorio distale corrispondente. La cute si presenta sottile, liscia, a rughe spianate, aderente ai tessuti sottostanti: non è lucente, non corrisponde ad uno stato di sclerodermia, ma costituisce quasi una fase di preparazione.

Non ha osservato neppure fenomeni di sclerodattilia; soltanto in alcuni casi con paralisi di parecchi nervi, ha potuto notare dei fatti analoghi, con atrofia *in toto* delle dita delle mani e con cute sottile e splendente.

Molto frequentemente, circa nel 10 % dei casi, l'A. ha osservato una particolare tendenza della cute alla ipercheratosi nelle parti periferiche degli arti, nel territorio di distribuzione dei nervi lesi; per es., nella paralisi del mediano, in corrispondenza della parte radiale della palma e della superficie flessoria delle prime tre dita; nella paralisi dello sciatico, in corrispondenza della pianta del piede, la sensibilità della quale è innervata dal tibiale. Quest'abnorme corneificazione dell'epidermide ha sede nel territorio colpito, con delimitazione ben netta, così nelle pieghe cutanee come nei tratti intermedi. Ha spessore vario: alle punte delle dita, e sulle falangi può raggiungere lo spessore di alcuni millimetri.

In un primo periodo l'epidermide così ispessita non presenta discontinuità, è di colorito giallastro e simile alle callosità delle regioni palmari e plantari. In seguito essa si screpola, si rompe sotto forma di tagli lineari e si solleva sotto forma di piastricine, le une contigue alle altre, di qualche millimetro quadrato di superficie. Le masse cornee allora si distaccano facilmente, e sotto di esse appare l'epidermide ancora ispessita o d'aspetto normale.

Questa tendenza all'ipercheratosi può durare settimane e mesi. Non pare che sia in rapporto diretto con i disturbi della motilità e della sensibilità, perchè può scomparire quando ancora la paralisi non presenta nessun miglioramento.

Nelle regioni colpite si ha quasi sempre ipo- od analgesia, talora anche iperestesia od iperalgesia. Di solito sono sede di dolori nevralgici. Probabilmente, secondo l'A., questo processo ipercheratico è dovuto ad uno stato irritativo del nervo colpito che perturberebbe il trofismo dell'epidermide.

L'Erlenmeyer ed il Remak hanno osservato in casi di nevrite alterazioni cutanee simili alla ittiosi.

È molto frequente l'iperidrosi nelle regioni palmari e plantari nelle lesioni dei nervi che partecipano all'innervazione delle mani e dei piedi. Anche nelle paralisi isolate del radiale, del mediano o dell'ulnare può aversi forte iperidrosi di tutta la regione palmare, forse per azione riflessa.

Solo di rado si osserva una vera anidrosi, perchè di solito nelle lesioni dei nervi periferici prevalgono le manifestazioni irritative. L'iperidrosi si può interpretare come una manifestazione irritativa del simpatico o in via diretta per irritazione delle terminazioni nervose o in via riflessa per il midollo spinale.

Le pennellature con formalina pura sono efficaci contro questa forma di iperidrosi.

Le alterazioni distrofiche dei peli sono molto rare: fu descritto un caso di lesione dello sciatico con la caduta dei peli della gamba quattro mesi dopo la ferita, ed un caso di ferita dell'ulnare e radiale con ipertricosi dell'avambraccio.

Non si ebbero mai alterazioni molto notevoli delle unghie: l'A. non ha osservato mai la caduta spontanea delle unghie da altri descritta in seguito a lesione d'arma da fuoco del plesso brachiale. Qualche volta i pazienti notarono più scarso sviluppo delle unghie nel lato colpito.

Si possono avere perturbamenti trofici dei tessuti profondi, per es. dei tendini, delle ossa, delle articolazioni.

In casi di paralisi dell'ulnare e del mediano fu descritto un accorciamento dei tendini flessori, tesi come cordoni duri nel cavo della mano.

Nelle lesioni dei nervi periferici le alterazioni trofiche delle ossa furono descritte finora soltanto in qualche rarissimo caso: nel 1900 esse erano ancora sconosciute, mentre a molto tempo risale la conoscenza dell'atrofia trofoneurotica delle ossa d'origine centrale nelle affezioni cerebrali e spinali.

Il Remak affermava nel trattato del Nothnagel che la nevrite periferica non ha mai determinato atrofia ossea.

Più tardi queste distrofie ossee nelle lesioni periferiche dei nervi sono state descritte dall'Hirsch, dal Goldscheider ed altri, in seguito ai reperti del Sudeck e del Kienböck.

Il Goldscheider nota che, se si fosse più accurati nelle osservazioni, le alterazioni ossee in questi casi risulterebbero più frequenti.

In alcuni casi di paralisi del mediano con atrofia accentuata di tutto lo scheletro della mano e delle parti distali dell'ulna e del radio, fu osservato che l'atrofia era più grave nelle ossa del pollice e dell'indice che nella parte ulnare della mano.

E così nella paralisi del cubitale era più fortemente colpito lo scheletro del 5° dito e del 5° metacarpo, cioè quelle parti corrispondenti alle zone anestetiche della cute, le quali per la paralisi della muscolatura partecipavano più debolmente ai movimenti della mano.

Il Reznicek osserva che furono osservate atrofie acute delle ossa in casi di trauma e dopo lesioni di nervi periferici.

Il Kienböck considera le atrofie ossee come neurotiche, avvenute con meccanismo riflesso per perturbamenti irritativi del sistema nervoso. Il Goldscheider si associa a questo concetto in base ad un caso di lesione dell'ulnare e del mediano, nel quale con la radioscopia ha constatato atrofia delle ossa della mano. Egli spiega il meccanismo di queste atrofie con la combinazione di uno stato irritativo morbosamente aumentato, il quale interessa anche le pareti vasali, e di un perturbamento della conduzione centripeta nel tessuto atrofico. Tutto dipenderebbe dai vasi, innervati dai nervi centripeti in via riflessa per il midollo spinale: essi reagiscono ad una stimolazione del nervo, stimolo dolorifico o no, con fenomeni di vasocostrizione o vasoparalisi, i quali fenomeni determinerebbero in tutti i casi una diminuzione negli scambi nutritizi dei tessuti. A causa del perturbamento della conduzione centripeta, in conseguenza della lesione della via sensitiva, dalla periferia giungono più deboli o non giungono affatto gli stimoli riflessi regolatori della propagazione dell'infiammazione.

L'inattività avrebbe importanza secondaria ed in secondo tempo.

Altri AA. sostengono ancora il concetto della propagazione dell'infiammazione.

L'Oppenheim ammette anche un processo distrofico propriamente detto, prevalentemente a carico dei nervi sensitivi, in direzione centripeta.

Il Reznicek conclude che l'atrofia acuta delle ossa nelle lesioni periferiche dei nervi non è rara, e che con i raggi Röntgen esse possono essere constatate in tutti i casi gravi appena qualche mese dopo la lesione.

L'A. non può dire ancora se queste atrofie sono capaci di regredire, oppure se sono definitive, anche dopo la guarigione completa della paralisi.

P. S.

## TERAPIA.

### La cura degli arseno-benzoli e le neuro-recidive acustiche della sifilide.

(P. RIGAUD. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1914).

Dopo l'introduzione degli arseno-benzoli nella cura della sifilide, in molti lavori si è messa in rilievo la frequenza delle manifestazioni uditive interne nei soggetti trattati con i preparati arsenicali. Ma non si è cercato a sufficienza di provare se la sifilide per se stessa possa produrre le medesime lesioni con una medesima frequenza.

Su 581 casi di sifilide osservati da Escat, in circa il 10 % si ebbero lesioni uditive interne precoci o tardive; Gradenigo ne dà una frequenza del 6.8 %, Bruckner il 7 %, Botella il 9 %.

Queste cifre dimostrano la grande frequenza di queste localizzazioni della lue.

Il dott. Rigaud, in un lavoro importante su questo argomento studia, fra le altre questioni, l'influenza delle cure precedenti sulla comparsa della sifilide dell'apparecchio uditivo e sulle neuro-recidive acustiche.

I. — Su 109 casi di *sifiilide acustica,* di 39 non si aveva notizia circa le cure precedentemente fatte, in 46 casi era stato fatto un trattamento insufficiente od addirittura nullo. Per gli altri 32 casi meglio curati colpiva il fatto che non si era fatto uso di sali mercuriali insolubili, e che si trattava quasi sempre d'infezioni di data recente.

Nella maggior parte dei casi dunque (51 %), gl'infermi non erano stati curati od avevano avuto cure insufficienti, e però l'infezione esaltandosi aveva colpito l'apparecchio uditivo. In molti casi l'infezione presentava caratteri di malignità fin dall'inizio, aggravati in seguito durante la cura poco adatta e debole.

II. — Nella maggior parte dei casi di *neuro-recidive acustiche* nessuna cura mercuriale fu praticata prima delle iniezioni di arsenobenzolo: su 122 osservazioni, soltanto in 14 casi erano stati dati dei sali mercuriali.

Quanto ai rapporti fra le neuro-recidive e le iniezioni di salvarsan, è notevole che la comparsa delle neuro-recidive si ha costantemente nel 2° o nel 3° mese dall'inizio dell'infezione. Questo fatto elimina la possibilità che si tratti di fenomeni dovuti alla reazione di Herxheimer.

La dose totale di arseno-benzolo adoperato è di gr. 0.50 in 19 casi su 90, ed inferiore ad 1 grammo in 71 casi.

Nella maggior parte dei casi alla cura salvarsanica non fece seguito nessuna cura mercuriale: su 122 osservazioni, soltanto 15 volte vi fu una cura mercuriale insufficiente.

Dunque le neuro-recidive si osservano nei casi di sifilide mal curata: nella maggior parte dei casi le iniezioni di 606 non furono precedute nè seguìte da cure mercuriali, il loro numero fu scarso, e le dosi totali molto deboli.

Le neuro-recidive si manifestano costantemente verso il 3° mese dopo l'inizio della malattia, proprio nello stesso periodo in cui si hanno gli accidenti dell'apparato uditivo interno indipendentemente dal salvarsan, nei casi di sifilide acquisita recente.

È il periodo in cui la meningite secondaria latente è più frequente (80 %).

Nella statistica di Audry il numero delle neuro-recidive acustiche è molto più basso: un solo caso su 780 pazienti curati con gli arseno-benzoli.

*Natura e patogenesi delle neuro-recidive acustiche.* — Non esistendo nella letteratura casi di autopsie di sifilitici morti in seguito all'iniezione di 606 e che presentassero una neuro-recidiva acustica, si possono emettere soltanto delle ipotesi intorno alla natura di questi accidenti.

1° L'opinione che le neuro-recidive fossero di natura tossica, dovute esclusivamente all'arsenobenzolo, è stata del tutto abbandonata, soprattutto per il fatto che la frequenza di questi accidenti è quasi costante, sia stata la sifilide oppur non trattata col 606.

2° Le neuro-recidive sono veri accidenti sifilitici indipendenti dal salvarsan. Questa teoria era stata formulata da Ehrlich fin dal 1910 in questo modo:

« Le nevriti dei nervi cranici non sono di natura tossica, ma di natura specifica luetica; sono dovute a spirochete sopravvissute alla cura salvarsanica; tali nevriti si verificano anche dopo le cure mercuriali. L'assenza della reazione di Wassermann e la guarigione rapida di esse nevriti in seguito a nuove cure si spiegano con la scarsezza delle spirochete e loro localizzazione così circoscritta. Non si tratta dunque di recidive, ma di sterilizzazione incompleta della sifilide ».

L'A., sulla base di numerosi dati clinici e statistici, è favorevole a questa teoria circa la natura delle recidive acustiche. Dal punto di vista sintomatico, non esiste alcuna differenza fra le manifestazioni ordinarie della sifilide dell'organo dell'udito e quelle osservate dopo l'uso del 606: nelle une e nelle altre si hanno le stesse forme, la stessa frequenza, lo stesso decorso. I loro rapporti con l'infezione sifilitica sono identici. Identico è il periodo in cui esse si manifestano in rapporto all'inizio della malattia: ciò dunque sarebbe dovuto a speciali proprietà biologiche delle spirochete e alla loro evoluzione nell'organismo.

Nelle neuro-recidive e nella sifilide dell'organo dell'udito, la sintomatologia indica la gravità dell'infezione e la sua localizzazione profonda precoce nelle meningi.

La sifilide dell'orecchio interno e le neuro-recidive sono nettamente in rapporto con un trattamento specifico insufficiente. In questi ultimi due anni il numero delle neuro-recidive è notevolmente diminuito, e pur l'uso dell'arsenobenzolo si è sempre più diffuso e si è intensificato. In questi ultimi due anni, Audry su 780 sifilitici salvarsanizzati ha avuto soltanto due casi di neuro-recidive acustiche. Questa diminuzione degli accidenti dell'orecchio interno è dovuta evidentemente alle nostre conoscenze sempre più perfette sull'uso degli arsenicali nella cura della sifilide.

Le neuro-recidive acustiche, invece di essere aggravate, in genere guariscono in seguito ad una nuova cura arsenicale o mercuriale. Sopra 122 casi di neuro-recidive, di 105 è nota la cura

ed il decorso ulteriori. Fra questi ultimi, 97 furono curati e diedero 50 casi di guarigione, 32 di miglioramento, 15 casi incurabili. Altri 8 furono abbandonati senza cura: e si ebbe fra essi un solo caso di guarigione, 5 di miglioramento, 2 casi incurabili.

Le neuro-recidive acustiche non sono state mai osservate nei non sifilitici trattati col 606: il numero di questi soggetti è aumentato sempre più, essendo stato usato il 606 nelle più svariate malattie.

Essendo state identificate le neuro-recidive acustiche e la sifilide dell'orecchio interno, identica deve essere la cura delle une e dell'altra. La cura dev'essere volta a volta mercuriale e salvarsanica, dev'essere molto attiva e metodicamente seguìta, con vario criterio a seconda che la sifilide e la sordità siano di data recente od antica.

P. SABELLA.

**Iniezione intravenosa di sublimato nella malaria tropica con sepsi latente.**

(L. DEPPE (Tanga). *Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene*: Bd. 18, 1914).

Nelle regioni malariche i profani sono inclinati a chiamare senz'altro *malaria* qualunque febbre. Ed infatti, anche considerando che la malaria in tutti suoi rapporti non è ancora chiarita completamente, sarà appena possibile qualche volta distinguere da essa alcune affezioni che per caso l'accompagnino.

Solo un mutamento in seguito alla terapia istituita permetterà di concludere per un'altra diagnosi, o confermerà quella già fatta. A questo riguardo non sarà forse senza interesse riferire un caso un po' oscuro, osservato dall'autore:

Donna di 30 anni: da bambina soffrì il morbillo, la scarlattina e la meningite. Da 10 mesi si trova in paesi tropicali e ancora non ha sofferto malaria.

Occasionalmente ha ricorso a misure profilattiche. Interrogata più minutamente, ammette che in precedenza qualche volta, e precisamente sempre nel pomeriggio, ha sofferto piccoli attacchi febbrili, dopo i quali si è sentita relativamente bene. Avendo circa tre settimane fa avevrtito, in un grado piuttosto notevole, un senso di freddo seguito da febbre, ricorse all'Ospedale dove per lo più verso le 4 pomeridiane insorgeva la febbre.

Da allora, quasi ogni giorno ebbe 39° e più. Nel primo pomeriggio del soggiorno nell'Ospedale il preparato di sangue fu positivo, e precisamente si trovarono parecchi anelli di media grandezza, interpretati come parassiti della malaria tropicale; più tardi non si ebbe più alcun reperto positivo del sangue. Malgrado una continua somministrazione di chinino ,la temperatura non discese.

Anche nella settimana seguente al suo ritorno in casa, malgrado la sospensione della chinina, la febbre non cessò.

19 giugno. — La donna rientra nuovamente nell'Ospedale: il pomeriggio alle 4 ebbe 39° di temperatura e 120 di polso. Nulla di abnorme si riscontra negli organi, specialmente nessun ingrandimento della milza. Nelle urine non si trova nè albumina, nè zucchero. Il contenuto del sangue in emoglobina è dell'80 %. Il preparato di sangue mostra parecchi anelli, interpretati anche questa volta come di malaria tropicale. Alle 7 di sera si manifestano leggeri dolori addominali che ben presto diventano più intensi e più frequenti e l'inferma due giorni dopo dette alla luce un bambino. Dal giorno 19 al 28 giugno, continuarono gli attacchi febbrili, malgrado la somministrazione di chinina.

28 giugno. — Alle ore 10 di mattino 40° dopo 0.5 gr. di aspirina; alle 2 pom. 37°.6; alle 4, 40°.4; alle 5 prima iniezione endovenosa di sublimato; alle 8 di sera 36°.3; alle 9.45, 37° e seconda iniezione di sublimato.

29 giugno. — Alle 2 di mattina 38°.6; alle 8, 37°.8; alle 11, 38°.2 e terza iniezione di sublimato; a mezzogiorno 38°.6; alle 6 pom. 37°.4; alle 8 di sera 38°.1 e quarta iniezione di sublimato.

30 giugno. — Alle 2 di notte 38°.8; alle 8 di mattina 36°.8; alle 10, 37°.2 e quinte ed ultima iniezione di sublimato; alle 6 di sera 38°.8; alle 8, 36°.8.

1° luglio. — Alle 6 di mattina 37°.6; alle 8, 37°,2; a mezzogiorno 37°.6; alle 6 di sera 36°.8.

2 luglio. — Alle 6 di mattina 36°.2; alle 6 di sera 37°.2; alle 10 di notte 37°.5, e così via, con una temperatura massima del mattino di 36°.4 ed una temperatura massima della sera di 37°.5.

La paziente fu licenziata guarita il 19 luglio.

Poichè non possiamo ammettere come causa della febbre il puerperio, che ebbe un decorso normale, se si eccettui che la paziente dovette essere cateterizzata fino al 10 luglio, tanto più che la febbre esisteva già 3 settimane prima del parto, interessa in prima linea accertare l'origine di essa.

Quantunque siano stati trovati nel sangue dei parassiti della malaria tropicale, tuttavia il carattere della febbre e la mancata azione terapeutica della chinina, hanno escluso la ipotesi che l'unica causa fosse una malaria tropicale ed al tempo stesso non si è potuta nemmeno ammettere una febbre da chinina.

Il decorso della malattia e la natura della febbre, facevano pensare piuttosto ad un processo settico. Tuttavia, malgrado ripetute minute ricerche, non si è potuto avere alcun preciso punto di appoggio per questa ipotesi; vero è che il liquido cerebro-spinale non fu esaminato, ma nessun sintomo accennava ad una affezione cerebro-spinale come quella che la paziente dice di aver avuto nella gioventù. Quindi fu deciso di far l'iniezione intravenosa di sublimato, secondo il metodo di Baccelli: metodo da lui raccomandato anche nei casi di « infezioni acute con diagnosi molto dubbia e per le infezioni latenti ».

Fu adoperata la formola adottata nella sua Clinica:

| | |
|---|---|
| Bicloruro di mercurio . . . . . | 0.010 |
| Cloruro di sodio . . . . . . . . | 0.075 |
| Acqua sterilizzata . . . . . . | 10.00 |

Mentre Baccelli ripete la dose fino a tre volte in 24 ore, l'A. si contentò di 2 iniezioni al giorno, facendo in 3 giorni 5 iniezioni.

Il successo fu sorprendente, come già si rileva dalla discesa della temperatura, che subito si verificò: ma specialmente il subitaneo riaversi dell'ammalata, che fino allora dimagrava a vista d'occhio e quasi stava per morire, dimostrò l'effetto di questa, che ben si potrebbe dire, terapia dei casi disperati.

Abbiamo voluto rendere noto in Italia questo articolo del Dott. Deppe, non tanto per avere una conferma della efficacia del metodo di cura preconizzato dal clinico di Roma nei casi di infezioni latenti, quanto perchè il largo consenso sta a dimostrare la diffusione di un sussidio terapeutico prettamente italiano, che ha varcato i limiti di una scuola e di un paese. Nè potrebbe essere altrimenti. I successi difatti sono andati rapidamente moltiplicandosi, cosicchè oggigiorno non si può astrarre da una terapia così sicura e di facile tecnica, la quale è possibile non solo praticare in Istituti scientifici, ma anche nei piccoli centri.

PAGANO.

## MEDICINA SOCIALE.

### L'esame col diapason fantasma per la diagnosi della sordità unilaterale simulata.

A misura che aumentano i tentativi di simulazione di sordità, si vanno perfezionando e aumentano i mezzi di accertamento delle vere condizioni dell'udito. Escat (*Annales des maladies de l'oreille*, 1913) propone un nuovo metodo per svelare la simulazione della sordità unilaterale, che, come è noto, gode le preferenze degli infortunati. Si tratta di una prova biauricolare eseguita con un diapason in realtà silenzioso, mentre contemporaneamente dal lato dove si accusa l'acusia si fa all'insaputa del soggetto una prova reale con diapason vibrante.

Occorrono i seguenti strumenti: *a*) un tubo di gomma che termina ad un estremo con un'oliva auricolare ed all'altro con uno speculo da orecchio destinato a funzionare da padiglione; *b*) un tubo otoscopico di Toynbee lungo 80 centimetri formato di due branche separate e riunite invisibilmente nella loro metà da un tappo, consistente in un piccolo cilidro pieno di legno o di vetro; *c*) due diapason *do* 2 (128 v.) di piccole dimensioni, dei quali uno funzionerà da fantasma: le loro vibrazioni per via aerea non devono essere sentite al di là di 15 centimetri.

Si riuniscono le due orecchie col tubo otoscopico introducendo le due olive nei due meati uditivi e la parte media dello strumento si fa ricadere ad ansa sulla regione pettorale. L'esaminatore mette ostensibilmente in vibrazione uno dei due diapason battendolo su di un tavolo, e lo porta al disopra della testa del soggetto a 10 cm. circa dal vertice e nel momento stesso senza farne accorgere all'esaminando stringe con la mano stessa le branche del diapason in modo da spegnerne le vibrazioni. Poi con la mano sinistra solleva il tubo otoscopico fisso alle orecchie del soggetto e dal davanti lo porta indietro facendolo ricadere sul dorso. Un assistente separa rapidamente e silenziosamente i due segmenti del tubo che pendono così liberamente sul dorso.

Il tubo che fa capo all'orecchio sano viene otturato col già descritto tappo di vetro o di legno in modo che l'orecchio sano rimane escluso, mentre al segmento libero che corrisponde all'orecchio che si pretende leso si attacca lo speculo auricolare che funzionerà da padiglione. Si prende l'altro diapason, che intanto si è tenuto nascosto, e lo si avvicina inerte al padiglione acustico tenendo le branche ravvicinate pronte a vibrare. L'esaminatore appoggia al vertice il diapason-fantasma che è fermo e l'assistente lascia libere le branche del suo diapason che è in comunicazione con l'orecchio la cui funzione si vuol determinare.

Il simulatore che sente il suono del diapason con l'orecchio preteso sordo rimane ingannato dalla presenza del diapason sul vertice, che è fermo, mentre egli ritiene in movimento, ed afferma di sentire dal lato normale e così la simulazione è svelata.

DR.

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Conversazioni castrensi promosse dal Gruppo di propaganda medico nella guerra.

Milano - Seduta del 2 settembre.

C. VALLARDI (Milano). — *Intorno alla dissenteria amebica.* — Un soldato, toscano, entra nell'Ospedale Militare di Riserva di via S. Barnaba (Milano), proveniente dal C..., presentando da circa un mese grave enterite, accompagnata da astenia, febbre, dolori addominali, frequentissime scariche sanguinolenti. Nelle feci si trovano numerosissime amebe del tipo « entamoeba hystolitica ». Vien subito intrapresa la somministrazione di cloridrato di emetina per via endovenosa a dosi progressivamente crescenti a giorni alterni, fino alla dose di gr. 0.08. Si assiste ad una rapida riduzione della frequenza dell'alvo, alla attenuazione dei dolori: dopo la V^a somministrazione di emetina le feci assumono aspetto normale, scompaiono i parassiti ed il sangue.

Il contagio sarà stato trasmesso assai probabilmente da qualche soldato portatore di amebe o ammalato di dissenteria amebica; è possibile anche che questo sia stato uno dei commilitoni richiamati dei tanti che fecero la campagna di Libia e che numerosi si trovavano nella compagnia del nostro soldato.

La dissenteria amebica non ha preoccupato seriamente le autorità sanitarie degli eserciti stranieri belligeranti, forse per la facilità di rintracciarne subito la causa e, di conseguenza, procedere al rapido isolamento degli ammalati, per la relativa facilità di spegnere subito il focolaio morboso mercè la cura specifica dell'emetina, di effetto immediato, ma purtroppo non sempre duraturo, forse anche per la natura quasi mai imponente delle manifestazioni morbose e per la minima mortalità. Ma noi siamo forse in condizioni meno buone degli altri eserciti rispetto alla dissenteria amebica; le nostre truppe di Libia in epoca non lontana ed anche attualmente furono e sono largamente toccate dalla malattia; non poche sono state le conseguenze remote dell'infezione, specialmente gli ascessi epatici, curati qua e là negli ospedali continentali.

Nella profilassi quindi delle malattie infettive del nostro esercito noi non dobbiamo dimenticare che un posto importantissimo va assegnato alla dissenteria amebica.

C. VALLARDI (Milano). — *Il bagno a vapore nei casi di congelazioni.* — Abbiamo avuto occasione di sperimentare in alcuni casi di congelazioni di II° e III° grado degli arti, in soldati provenienti dal Cadore, il benefico e pronto effetto dell'azione locale del vapore acqueo. Si espone la regione ammalata per 10'-20', due o tre volte al giorno, agli effluvii di vapore acqueo, la cui sorgente può essere diversa a seconda degli ambienti dove la cura viene intrapresa; può bastare una pentola comune, un piccolo autoclave ecc. Salignat ha ideato un dispositivo molto semplice e pratico che consiste in una sorgente calorifica (lampada a petrolio od a gas), in una piccola caldaia in comunicazione con una cassetta o stufa di legno nella quale viene introdotto l'arto congelato. Il primo sintomo che scompare con questa cura è il dolore; rapidamente si riduce l'edema, la cianosi e le flittene diminuiscono in breve. Gli ottimi risultati ottenuti, non solo nelle congelazioni di primo e secondo grado, ma anche in quelle assai più gravi, la semplicità della tecnica applicabile ovunque, anche negli ospedali avanzati, incoraggiano ora, nell'imminenza della stagione rigida, a consigliare largamente l'uso del vapore acqueo nella cura delle congelazioni, tanto frequenti nelle guerre attuali.

A. PASINI (Milano). — Sconsiglia l'uso della tintura di jodo nel trattamento delle congelazioni.

DEVOTO (Milano). — *Affezioni cardiache in guerra.* — Riferisce di tre ricoverati nella sua clinica, nei quali si poteva ammettere la esistenza di un processo miocarditico circoscritto. In tutti e tre ha preceduto un periodo di gravi fenomeni gastro-intestinali (anche nella guerra di secessione nord-americana si son visti casi di cuore irritabile o di miocardite nei quali erano intervenute manifestazioni enteritiche), al quale residuarono segni di spiccata stanchezza cardiaca, che non si può spiegare senza ammettere una compromissione del miocardio (senso di pena retrosternale, aumento della figura cardiaca, rumore sistolico alla mitrale accentuantesi dietro le più piccole prestazioni, facile passaggio dalla rarità alla grande frequenza del polso, aritmie, piccolezza del polso, senso di grave stanchezza). In uno di questi individui, che era privo di ogni allenamento, è da invocare, come causa, lo strapazzo intenso, negli altri due una probabile condizione infettiva.

L'O. raccomanda che nei soggetti, che hanno compiuto grandi sforzi fisici e cadono poi malati, sia esaminato di sovente ed attentamente lo stato del cuore per evitare che soggetti incamminati apparentemente verso la guarigione sieno mandati da un ospedale all'altro, imprendano viaggi lunghi in ferrovia e sieno anche sottoposti a maniere di ristoro, che se vanno bene per il sano,

non si confanno all'infermo o ad ogni infermo. I bagni di acido carbonico di cui si è fatto largo uso nella sua clinica per questi infermi, rispondono assai bene. È utile anche una cura morale; per il soldato, a cuore leso, ma che sente le attrattive del fronte, è utile dirgli che sarà ben presto in grado di tornare. In base ad un rumore cardiaco, che non è costante e che non si può collegare con un'endocardite vera e propria o ad altra condizione grave del cuore, ma che può essere in rapporto ad uno strapazzo intenso o ad un processo infiammatorio di data recente, non è il caso di parlare di eliminazione o di riforma, essendo possibile, anzi facile, la guarigione. Presso qualunque soldato che presenta segni di stanchezza cardiaca di data recente, e non in rapporto a lesioni extra-cardiache, il riposo a letto e la buona e semplice alimentazione danno ottimi risultati. Raccomanda di praticare iniezioni endovenose di soluzione fisiologica contenenti da 1 a 2 % di glucosio, in casi di repentina prostrazione miocardica.

ANTONINI (Mombello). *Forme mentali di origine alcoolica.* — Sopra 20 casi di militari richiamati o permanenti che dall'Ospedale vennero inviati al Manicomio di Mombello, e dei quali si è già dato il responso definitivo, sia di constatazione della malattia mentale, o di conseguente riforma dall'esercito, oppure si espresse giudizio che non dovessero essere più addetti al servizio di guerra, in ben 9 casi si trova la genesi della malattia mentale nell'alcoolismo.

L'A. li riferisce per sommi capi.

La diagnosi fu genericamente di psicosi alcoolica, sia che presentasse stati confusionali ed amenziali, sia che si riconoscesse su un fondo di gracilità intellettuale una patologica intolleranza all'alcool per le manifestazioni morbose presentate nello stato di intossicazione acuta, sia che gli episodi deliranti presentassero il quadro del delirio allucinatorio acuto o della forma paranoide.

Gli ammalati non presentarono grande interesse clinico e si ricomposero presto e non offersero nella maggioranza motivazioni di pericolosità permanente da dichiararli bisognosi di cura e ricovero manicomiale, e però non si richiese il decreto di ricovero definitivo.

Però per la persuasione che costoro ben difficilmente avrebbero resistito alle attrattive dell'alcool, o vi sarebbero stati spinti nuovamente per il carattere di dipsomania degli eccessi compiuti, o perchè già condotti ad una intolleranza all'alcool, vennero, meno uno, proposti tutti per la riforma dall'Esercito.

Un altro caso fu oggetto di uno speciale studio peritale perchè il disgraziato, un giovanotto richiamato, attentò alla vita della moglie in situazione veramente tragica, e poi con la stessa arma tentò suicidarsi.

L'O. lo riferisce nei dettagli.

Intervenne come spinta del fatto una vera e propria malattia mentale, ond'è che la responsabilità deve essere in questo caso esclusa. Il paziente verrà a tempo indeterminato trattenuto in sequestrazione manicomiale perchè abbia con una cura opportuna e regime di temperanza ad essere disintossicato, non solo, ma avviato a diventare astinente a togliere la possibilità di una recidiva nella fase allucinatoria. Non si esclude però che in ragione della sua integrità morale e della mancanza di caratteri criminali, quando siano completamente scomparsi gli effetti dell'intossicazione alcoolica ed abbia dato prova di completo divezzamento dall'alcool ed anche di essere entrato in una completa critica dei sospetti gelosi, possa in avvenire, sotto condizione d'astinenza, ed a richiesta, ritornare in famiglia.

## Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti

Adunanza ordinaria dell'11 luglio 1915.

G. ALBERTOTTI ed O. ORLANDINI. *Considerazioni sopra un caso di sublussazione unilaterale traumatica. Perizia giudiziaria* (presentata dal prof. A. Stefani). — Trattasi di un caso singolare di traumatismo oculare nel quale in seguito ad accurati e ripetuti esami diottrici è stato possibile di stabilire la funzionalità dell'occhio leso che era affetto da sublussazione del cristallino. A. D.

**Premio Semigratuito:**

Prof. V. BARNABO'.

**I poteri defensionali e l'officio protettivo degli organi viscerali e parenchimali contro i germi delle infezioni chirurgiche.**

Data la notevole importanza dell'argomento, trattato esaurientemente in questa recentissima monografia, in cui sono riassunte le più moderne nozioni anatomiche, istologiche, cliniche e sperimentali, ed esposte le svariate ricerche e le concezioni personali dell'Autore, ci siamo procurati, certi di far cosa gradita ai nostri abbonati, il mezzo di offrire a condizioni vantaggiose un libro indispensabile non solo per chi si occupa di Patologia speciale chirurgica, ma altresì per chi studia la Patologia in genere delle malattie infettive.

Un vol. in 8° grande, di pag. XVI-922; in commercio L. **20**; pei nostri associati sole L. **12**, franco di porto.

Per ricevere quanto sopra inviare cartolina-vaglia *direttamente* al Prof. ENRICO MORELLI, via del Tritone, 46 - Roma.

# APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

## CASISTICA.

### Nevriti e polinevriti in guerra.

Il Nonne riferisce nella *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* (1915, fasc. 6) di avere osservato nella guerra attuale parecchi casi di nevrite che si spiegano con la teoria del consumo dell'Edinger. In questi casi i soldati precedentemente sani presentarono nevriti multiple agli arti inferiori dopo marcie molto faticose, senza essere stati esposti a cause reumatizzanti, e senza essere affetti da sifilide, alcoolismo o soggetti ad altri fattori di intossicazione o di infezione.

In questi casi consecutivi a marcie forzate più volte la nevrite era a carico del crurale e del tibiale, come quelli che nelle marcie e specie nelle salite sopportano sforzi maggiori per parte degli estensori della coscia e dei flessori della gamba.

Un soldato presentò nevrite di tutti e tre i nervi del braccio sinistro (mediano, radiale e cubitale) avendo dovuto sopportare sopra tutto da questo lato per parecchie ore un suo compagno ferito.

In altri casi invece, senza essere direttamente preceduta da strapazzi fisici, la nevrite multipla si presenta in soggetti in stato di esaurimento nervoso causato in genere dalla vita di guerra.

Il Mann ha descritto alcuni di questi casi, nei quali la polinevrite in nervi sensitivi era associata a gravi fenomeni di nevrastenia. Egli la considera come concomitanza dello stato di esaurimento nervoso.

Il Nonne ha osservato due casi simili di polinevrite di nervi motori o di nervi misti.

In un caso si trattava di soggetto neuropatico, affetto da anni da neurastenia, il quale durante la campagna si era assoggettato a forti strapazzi, senza esporsi mai ad altre cause capaci di provocare la nevrite. In seguito ad una lieve ferita i sintomi nevrastenici si accentuarono e si manifestò polinevrite subacuta in tutti e quattro gli arti a carico dei nervi misti. La polinevrite guarì quando si attenuarono i sintomi nevrastenici.

Nel secondo caso si trattava pure di soggetto adulto nevrastenico, il quale, in seguito agli strapazzi fisici e psichici della guerra, presentò esaurimento nervoso ed in seguito polinevrite dei nervi misti degli arti inferiori, senza altre cause apprezzabili. Vi si notava paresi dei flessori ed estensori delle coscie, delle gambe e dei piedi, in maniera non corrispondente ai territori nerveo-muscolari maggiormente affaticati. Per questo fatto, e perchè in tutti e due i casi la polinevrite si era manifestata dopo un considerevole periodo di riposo, questa non può essere spiegata con la teoria del consumo di Edinger. Non v'erano neppure stati discrasici speciali nei due casi descritti.

È singolare il fatto che un'affezione funzionale del cervello, la nevrastenia, possa portare ad un'affezione organica dei nervi periferici sotto l'influenza di fattori generici fisici e psichici. Il meccanismo determinante questi fenomeni è molto oscuro. *p. s.*

### Sindromi nervose da scoppio di grossi proiettili in guerra.

La neuropatologia ha avuto largo campo di osservazioni nella guerra attuale. Dai numerosi casi illustrati nel *Journal des praticiens*, giugno 1915, si vede che lo scoppio di obici può produrre svariate sindromi nervose, fra le quali l'epilessia, la corea, la paraplegia, il morbo di Parkinson, la sclerosi a piastre, ecc.

In tutti questi casi non può trattarsi di isteria e nevrosi traumatiche; ma bisogna ammettere che si tratti di speciali lesioni nervose, con sede variabile, dovute alla commozione generale ed al violento cambiamento di pressione, che forse determinano piccole emorragie, o vere lesioni cellulari nervose.

In tutti questi casi i sintomi migliorano, ma possono residuarne e persistere delle turbe nervose.

In un primo periodo di queste affezioni può essere utile la puntura lombare, la quale talvolta rivela tracce di reazione meningea (linfocitosi ed albumina) a dimostrazione dell'esistenza di lesioni organiche. In secondo tempo, mediante sostanze stimolanti o deprimenti, si farà una cura sintomatica, coadiuvata dalla fisio-meccanoterapia. *p. s.*

## TERAPIA E PROFILASSI.

### Il permanganato di potassio nella cura del colera.

Freudl (*Wiener Mediz. Wochenschrift*, novembre 1914) assicura di avere avuto dal permanganato di potassio nella cura del colera degli effetti sorprendenti. Egli ebbe l'opportunità di curare in tal modo dal 10 al 30 ottobre 1914

a Cracovia 324 individui affetti da colera asiatico nei quali la diagnosi era stata confermata batteriologicamente. Ai pazienti fu somministrata ogni 15 minuti una cucchiaiata di soluzione di permanganato di potassio al 0.1 per mille. Tranne che negli individui ammessi moribondi all'ospedale si ebbero sempre buoni risultati. Dopo poche dosi il vomito cessava e la diarrea si frenava in 24 ore. Anche negli individui ammessi la sera con i lineamenti infossati, debolezza grave, polso impercettibile, estremità fredde, dolori colici, vomito, crampi alle sure, il permanganato combinato con applicazioni calde dette dei risultati insospettati tanto che la mattina seguente i pazienti erano fuori pericolo. Non è dubbio che il permanganato potrebbe riuscire utile anche come profilattico e dovrebbe essere subito somministrato in tutti i casi sospetti.

### Sulla vaccinazione anticolerica.

Buiwid e Arzt (*Wiener Klin. Wochens.*, 1915) hanno sperimentato a Cracovia sulle truppe austriache il valore della vaccinazione anticolerica. Non avendo potuto avere il modo ed il tempo di determinare la influenza di tale vaccinazione sulla morbilità da colera, essi ne hanno studiato solamente la importanza in rapporto alla mortalità.

Essi dividono i loro casi in due gruppi: nel primo sono compresi quei casi nei quali la inoculazione avvenne nella settimana precedente alla comparsa dei primi sintomi di colera, o essa fu praticata quando gli individui ne erano già affetti o la malattia si trovava in incubazione; nel secondo vi sono quei casi nei quali tra l'inoculazione e la malattia intercedeva più di una settimana. Una tale separazione è necessaria per la quistione della così detta fase negativa.

Gli AA. osservarono 47 individui appartenenti al secondo gruppo: in 29 la vaccinazione era stata praticata una sola volta, in 17 due volte, in uno solo 3 volte. Il decorso della malattia fu benigno in 19 casi, di media gravità in 4 casi, in 20 fu grave ed in 4 si ebbe la morte. Fra i 19 leggeri solo 10 era di individui vaccinati una volta e 9 due volte. Nei 4 casi seguiti da morte un individuo era stato vaccinato una sola volta.

Di individui appartenenti al primo gruppo, di casi cioè nei quali l'inoculazione fu praticata durante la malattia o poco prima, gli AA. ne osservarono 16; di questi 9 ebbero decorso lieve, 2 di media gravità, 5 grave, non si ebbe alcun esito letale.

Tenuto conto che nei non inoculati la proporzione dei decessi fu del 30 %, la percentuale del 6.3 % nei vaccinati si può dire abbastanza bassa.

D'altra parte anche i casi leggeri furono proporzionalmente molto numerosi e si deve pur tener conto che essi non presentavano altro che una diarrea di breve durata.

Non è dubbio che la vaccinazione profilattica contro il colera è molto vantaggiosa. E questo vantaggio è tanto più rilevante in quanto che le inoculazioni non producono di regola effetti dannosi, anche quando esse si praticano durante le epidemie e quindi in individui che possono essere già infetti senza puranco presentare le prime manifestazioni della malattia.

In base alla loro esperienza gli AA. possono affermare che la vaccinazione anticolerica ha una notevole influenza favorevole sul decorso della malattia e sulla mortalità, e che le vaccinazioni praticate nella così detta fase negativa o anche in individui all'inizio della malattia pare non producano effetti dannosi. DR.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(544) *Insuccesso di rachianestesia.* — Prego rispondermi nella « Posta degli abbonati » alla domanda seguente:

In un soggetto fortemente itterico per angiocolite cronica e che doveva sottoporsi ad un intervento chirurgico, la rachianestesia ripetuta due volte, a distanza di otto giorni, riuscì affatto negativa.

Si deve escludere ogni influenza, sia da parte della tecnica che del materiale impiegato.

Può lo stato itterico dell'ammalato entrare per qualche cosa nella mancata anestesia?

Civitanova Marche.

Dott. Rosi Ulisse.

Il caso è interessante, e probabilmente l'insuccesso dell'anestesia è dovuto all'aumentata alcalinità del liquido cefalo-rachidiano. Veda a questo proposito le ricerche fatte dallo Sleiter nell'Istituto di patologia chirurgica della nostra Università, e che portarono il prof. Alessandri ad usare una formula di stovaina acidificata con acido lattico.

P.

(545) Nei comuni libri di patologia medica non trovo nessun accenno alla febbre d'origine gastro-intestinale che passa comunemente col nome di *febbre infettiva* e che pure è così frequente e che può assumere un andamento molto grave.

Pregherei informarmi quali libri e monografie potessero servire ad illustrazione di tale entità nosologica.

L. C.

Sotto il nome di febbre infettiva di origine gastro-intestinale sono erroneamente comprese delle infezioni che decorrono con sintomi prevalentemente a carico del tubo digerente. Così spesso è dato tal nome al tifo, ai paratifi, alle colibacillosi ed anche alla febbre meliterse e simili. Tale malattia non costituisce un'entità nosologica e quindi non è illustrata in nessun trattato moderno di medicina. Per fare la diagnosi della natura della infezione oltre ai comuni sintomi bisogna ricorrere agli esami ematologici e serologici.

DR.

(546) Il dott. Domenico De Sandro di Napoli scrive:

L'*agglutinabilità* di un dato batterio si attenua dopo una lunga serie di trapianti in terreni culturali?

Occorre, per conservargli tale proprietà, isolarlo di quando in quando da animali ai quali si sia inoculato?

In genere l'agglutinabilità è scarsa od assente nei germi appena isolati: i germi si difendono contro le aptine elaborate dall'organismo invaso, liberandosi dei ricettori atti a fissarle; restano immunizzati. Perciò si sottraggono all'azione delle agglutinine come pure delle batteriocidine e di altri anticorpi.

L'agglutinabilità riprende nelle colture. Essa va esagerandosi in passaggi successivi attraverso i mezzi colturali; invece il passaggio attraverso il corpo animale fa diminuire o scomparire questa proprietà.

V.

(547) Vi è un buon trattato per il medico pratico, che tratti solo del come debbono cavarsi i denti?

Abbonato n. 4625.

In italiano c'è un lavoro del dott. Lodovico Coulliaux di Milano: « Avulsione dei denti », che fu pubblicato dal « Giornale di corrispondenza pei dentisti », vol. XXI, disp. II, 1892. È un opuscolo di 52 pagine con figure.

In inglese sono stati pubblicati per gli specialisti in odontoiatria i seguenti lavori:

Dr. J. H. Gibbs: Extraction of teeth », edit. E. and S. Livingstone, Edinburgh, 1912. — Dr. George B. Winter: « Exodontia: A practical treatise on the tecnic of extraction of teeth, with a chapter on anesthesia », edit. American Medical Book Co., St. Louis, 1913. — Dr. William J. Lederer: « The principles and practice of tooth extraction and local anesthesia of the maxillae », edit. The Rebman Company, New York, 1915.

Il medico pratico può anche trovare tutte le necessarie cognizioni intorno all'estrazione dei denti nel volume del prof. A. Chiavaro: « Elementi di odontoiatria e di protesi facciale e mascellare », in commercio per lire 10, che il « Policlinico » spedisce ai suoi abbonati per sole lire 6, franco di porto. In questo volume, scritto per i medici pratici, sono dedicate all'estrazione dei denti 75 pagine con figure. L'estrazione dei denti è pure trattata molto diffusamente (87 pagine con figure) nel: « Manuel de dentisterie opératoire » del dott. Edward C. Kirk, traduzione francese del dott. Raymond Lemière, edit. Masson et C.ie, Paris, 1910.

A. C.

(548) L'abbonato X... non avendo nei trattati di Fisiologia nè in quelli di Patologia Medica trovato dettagli minuti sulla pressione sanguigna in modo da aver nella pratica criteri precisi sulla tensione vasale, chiede se esista qualche trattato che dia pel medico pratico norme per regolarsi sulla misura della tensione vasale, anche tenendo conto dei vari sistemi di manometri usati in clinica.

Notizie dettagliate sulla pressione vasale e sui varî metodi per determinarla si trovano nel trattato di diagnostica clinica delle malattie interne del Krause, la cui traduzione italiana è pubblicata dalla Casa Editrice dott. F. Vallardi.

DR.

(549) Le sarei oltremodo grato se, con cortese sollecitudine, volesse indicarmi, a mezzo della « Posta degli abbonati », qualche monografia o qualche libro che trattasse ampliamente delle polmoniti traumatiche.

Ringraziandola anticipatamente, mi creda

Dev.mo dottor D. S.

Confronti il trattato del Borri « Gli infortuni del lavoro sotto il rispetto medico-legale », Soc. Ed. Libr. 1912. Nel vol. II, a pag. 177 e seg. l'A. studia i processi morbosi post-traumatici consecutivi alle contusioni dirette e indirette dei polmoni, riferendo anche interessanti osservazioni personali.

V. F.

(550). All'abbonato 2309:

Da parte mia, non credo che l'iperidrosi possa esser causa di rene raggrinzato, nè mi pare possibile che questo possa invece attribuirsi all'uso della formalina, adoperata nelle dosi e nei modi prescritti. Tanto meno, che io sappia, la formalina può dare fenomeni a carico dell'udito.

V. M.

# VARIA.

**Il rincaro dei medicinali.** — Sono generali le proteste che si elevano da qualche tempo per l'esorbitante aumento di prezzo che si verifica nei medicinali. Però se, in qualche caso, esso non è affatto giustificato ed è dovuto soltanto all'ingordigia di speculatori, bisogna riconoscere che tale fenomeno ha origini diverse e profonde ed è legato in gran parte alla guerra attuale. Esso poi è ben lungi dall'essere limitato all'Italia e dovunque se ne studiano le cause e se ne escogitano i rimedi.

Anzitutto si deve riconoscere che nelle nazioni belligeranti la fabbricazione ne è ridotta al minimo o praticamente sospesa; se ne ha la prova indiretta esaminando il commercio degli Stati Uniti che nel maggio 1915 hanno esportato per L. 9,399,600 in confronto di L. 4,017,000 nello stesso mese 1914; con quali vantaggi per gli speculatori ed i rivenditori si può agevolmente immaginare.

Per molti medicinali l'aumento di prezzo è dovuto a cause diverse: così ad es. per il chinino. La sola Inghilterra ha acquistato negli ultimi quattro mesi 90 quintali di solfato di chinina per le sue truppe combattenti: si aggiunga a ciò una diminuzione di circa un terzo nella produzione della corteccia di china, la perdita di una nave, silurata dai tedeschi, contenente oltre 6 quintali di chinina e si comprenderà l'aumento che essa ha subìto di L. 3.60 al chilogrammo (1).

Per l'oppio (aumento di L. 2.80 per chilogrammo) si devono invocare una tassa imposta dalla Turchia per l'esportazione, diverse ragioni d'indole strettamente commerciale ed il grande movimento contro il fumo di tale droga, che ne ha ristretto il commercio.

La santonina è aumentata da L. 38 a circa L. 66 per chilogrammo, in seguito alla notevole diminuzione del raccolto, che proviene quasi totalmente dalla Russia.

L'olio di fegato di merluzzo ha subìto degli aumenti del 122 %; esso è stato in gran parte acquistato dalla Germania che ne ha ipotecato il 50 % della produzione totale e se ne serve per la lubrificazione degli aereoplani. La pesca norvegese ha avuto poi una diminuzione del 21 % in conseguenza di affondamenti e sequestri di navi da parte della Germania e per la pessima stagione.

Anche le preparazioni mercuriali hanno subìto degli aumenti; il mercurio serve per la fabbricazione di esplosivi (fulminati) e recentemente tutta la produzione della California è stata acquistata dall'Intesa.

(1) Prezzi del mercato americano.

Il timolo è salito da L. 5.50 a L. 33 al chilogrammo; ciò trova la sua spiegazione nella grande richiesta per preparazioni dentifricie e collutorii e nel fatto che la Germania ne aveva quasi monopolizzato la fabbricazione, acquistando p. es. nel 1913 8641 quintali del seme di Ptychotis Ayowan da cui si estrae, sopra i 9221 quintali di produzione totale: essa aveva così fabbricato 107 quintali di timolo col prodotto di quell'anno. Ora però si ha notizia che le fabbriche di Bengal (India) ne hanno ripresa la lavorazione, che avevano da alcuni anni sospesa perchè non era possibile lottare con la concorrenza dei bassissimi prezzi fatti dalla Germania.

Contro la maggior parte delle cause accennate di rialzo dei prezzi, salvo contro gli speculatori, non può esservi rimedio. La guerra attuale potrà invece portarci grande giovamento emancipandoci una buona volta da tutta la congerie di medicamenti con cui la Germania ha inondato il mercato mondiale: la questione è stata oggetto di discussione alla *Académie de Médecine* (13 luglio). Ora alcuni di tali rimedii sono realmente efficaci ed il loro uso si è diffuso talmente che non sarebbe possibile astenersi dal prescriverli. D'altra parte la loro costituzione non è affatto segreta, trattandosi di composti chimici definiti, e per la loro produzione non è affatto indispensabile il laboratorio tedesco. Detti composti però portano un nome speciale, considerato come marca di fabbrica depositata, per tutti i paesi dell'Unione diplomatica della proprietà industriale. Quindi sotto il nome di urotropina non può essere venduta della esametilentetramina fabbricata p. es. da una ditta italiana, ma solo quella della casa Schoering. Nè è possibile che il medico prescriva nelle sue ricette i nomi scientifici troppo complessi delle dette sostanze, essendo oramai entrati nell'uso comune i nomi speciali imposti dalle ditte.

Per ovviare a detti inconvenienti sarebbe necessario spronare anzitutto gli industriali alla produzione di tali medicamenti. Per la loro vendita legale, poi, secondo Grimbert, che era il relatore nell'accennata seduta, si dovrebbero inscrivere nella Farmacopea i medicamenti realmente riconosciuti utili ed entrati ormai nel dominio pubblico, adottando per essi un altro sinonimo, oppure invitando i medici a prescriverli sotto il nome con cui già li conoscono, facendoli seguire dall'appellativo « farmacopea »: p. es. *Aspirina-farmacopea*. Le ditte fabbricanti poi, potrebbero mettere in vendita i prodotti con il loro nome scientifico, ciò che non offre inconvenienti poichè il farmacista è persona tecnica e può poi somministrare il dimetilfenilpirazolone, quando la ricetta prescrive l'antipiri-

ma. Ciò che si dovrebbe evitare è l'adozione di sinonimi speciali da parte delle ditte, poichè allora la concorrenza e la réclame creerebbero una confusione in cui il pratico sarebbe completamente disorientato.

A guerra finita poi sarà necessaria una revisione delle convenzioni diplomatiche per evitare che una semplice denominazione data ad un prodotto chimico, pur salvaguardando per un certo tempo i legittimi diritti dell'inventore, diventi un diritto perpetuo.

Tali considerazioni possono valere anche per l'Italia, che fa pure parte dell'Unione diplomatica per la proprietà industriale. Nella prefazione alla Farmacopea si dichiara che la Commissione « nel ricorrere ai nomi commerciali non ha inteso di riconoscerne privilegi, nè *pregiudicare eventuali diritti di marchio,* che potessero competere in base alle vigenti leggi ». Con queste parole essa si dichiara estranea al conflitto commerciale, che sorge appunto dal fatto che il nome imposto è considerato come marca di fabbrica depositata. FIL.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

A. MORSELLI. *Manuale di psichiatria.* Casa Editrice Libraria V. Idelson, Napoli. L. 12.

Questo libro non ha l'aspetto di un ponderoso trattato, ma di un vero trattato ha l'importanza per la larga esposizione del materiale che la psichiatria italiana e forestiera ha preparato in questi ultimi tempi, per lo spirito con cui sono esposte e discusse le quistioni controverse.

Questo del prof. A. Morselli è — come scrive il prof. Tamburini nella prefazione — un lavoro coscienzioso ed utile, degno di essere raccomandato non solo agli studenti ed ai medici per i quali esso è principalmente dettato, ma anche agli stessi psichiatri, i quali vi troveranno egregiamente rispecchiato, oltre il vasto movimento compiutosi negli ultimi anni nella scienza che essi coltivano, tutto ciò che di più certo ed utile è derivato dai suoi ultimi progressi, specialmente nella sfera delle sue applicazioni alla pratica clinica ed ai varî campi della vita sociale.

La veste tipografica è veramente accurata e fa onore alla Casa Editrice V. Idelson che si va affermando oltre che per la scelta accorta di argomenti e di autori, per la eleganza e la nitidezza delle pubblicazioni.

DR.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CARPANO MATTEO. Piroplasmosi tipo « parvum » nei bovini del basso bacino del Mediterraneo. Febbre della costa mediterranea. — Milano, 1915.

MOSCATI GIUSEPPE. Esperienze in animali privati dell'ipofisi cerebrale con un nuovo metodo, orbitario. — Napoli, 1915.

PASINI AGOSTINO. La reazione di Wassermann considerata specialmente dal punto di vista del suo valore clinico nella sifilide. — Milano, 1914.

SPADARO G. I leucociti a granulazioni grasse (osmiofili) e il loro valore semeiologico in rapporto alle infezioni purulente e ad altre infezioni. — Milano, 1914.

MARIOTTI UGO. La vaccinazione Jenneriana in rapporto alla profilassi del vaiuolo. — Roma, 1915.

MILANI EUGENIO. Azione del radio sulle culture di bacillo tubercolare specialmente in rapporto alla qualità dei raggi. — Napoli, 1915.

RHO FILIPPO. Nuovi mezzi di offesa nella guerra attuale. — Roma, 1915.

SALMON A. e MAESTRELLI A. Di un caso di paralisi associata del nervo oculo-motore esterno e del faciale. — Firenze, 1915.

RONCHETTI VITTORIO. Piastrinopenia da benzolo. — Genova, 1915.

ASSOCIAZIONE BOLOGNESE CONTRO LA DIFFUSIONE DELLA TUBERCOLOSI. Relazione morale ed economica per l'anno 1914. — Bologna, 1915.

PINNA PINTOR A. Gravidanza in corno rudimentale atresico di utero bicorne. — Milano, 1915.

PERONI BERNARDINO. I possessori di farmacie allo scadere del ventennio e trentennio. — Milano, 1915.

GALLI GIOVANNI. Ueber spondylitis typhosa. — München, 1915.

FIGLINESI GIUSEPPE. I risultati della vaccinazione in una recente epidemia di vaiuolo. — Firenze, 1915.

RUBINO ALFREDO. Cloro-brightismo o pseudonefrite delle clorotiche. — Bari, 1915.

PANZACCHI GIUSEPPE. Un caso di sifilide-infortunio. — Bologna, 1915.

TADDEI DOMENICO. La prima resezione della milza col metodo del Burci in un caso di splenomegalia primitiva. — Siena, 1915.

Il fascicolo di ottobre della nostra Sezione medica conterrà i seguenti lavori:

1. Prof.ri R. ALESSANDRI e G. MINGAZZINI. *Sindrome acuta di Raynaud associata a paralisi delle estremità.*
2. Dott. A. MÀRTIRI. *La malattia di Kahler-Bozzolo.*

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Nella zona di guerra.

Nelle prime settimane della guerra in una città di confine si trovavano accantonati in attesa di destinazione parecchi ospedali da campo. Di medici ce n'era una moltitudine. Erano rappresentate tutte le regioni, tutte le scuole, tutte le fedi. Prevaleva l'elemento meridionale; regnava quindi un'allegria bonaria e rumorosa. Avevano tutti lasciata la professione già avviata o promettente, avevano lasciato la famiglia, qualcuno i figli, parecchi la sposa giovane e recente, eppure erano allegri.

Durante le ore del vespero questa allegra moltitudine di medici si riversava nella piazza e nei caffè. Pareva allora di essere ritornati ai bei tempi dell'università: lo stesso cicaleggio, lo stesso brusio di chiacchiere e di risate. Non pareva di trovarsi in una zona prossima alla guerra guerreggiata, tra gente che aveva lasciato a casa le sue speranze ed i suoi affetti.

Non mancava qualche tentativo di comizio nel quale qualche oratore, subito zittito dal lontano passaggio di un qualsiasi superiore, si scagliava contro la posta che allora funzionava così male e che ora va discretamente. E di posta si aveva fame: e si facevano tutti i tentativi per farla recapitare alla famiglia e per riceverla. Quella gente aveva bisogno della corrispondenza come dell'ossigeno, senza di essa soffocava. Il vile borghese che capitava di passaggio in quella località era caricato di lettere, di cartoline, perchè fossero imbucate fuori della regione della stasi, nella regione felice dove la posta circolava liberamente.

Un altro argomento di concione era la *capitanite*. V'erano parecchi, tenenti, sottotenenti o ancora allo stato di soldato, che dimostravano sempre con le leggi e i documenti alla mano come loro spettasse il grado di capitano. Si arrabbiavano a dimostrare il loro buon diritto ai colleghi, che un po' perchè poco persuasi o perchè godevano nell'eccitare la vanità dell'aspirante capitano, facevano sempre delle obbiezioni, che conducevano a repliche sempre più calorose e concitate. Ad ogni modo là si faceva carriera rapida: qualcuno nel breve giro di una settimana cambiò la divisa di soldato in quella di sottotenente, e questa in quella di capitano.

La vita per parecchie settimane trascorse più o meno oziosa: alcuni, impazienti di far qualche cosa, di correre sui luoghi del pericolo, i più, contenti di quella calma tanto lontana dalla guerra, soddisfatti che dell'opera loro non c'era bisogno.

Un bel giorno qualcuno osservò che in città di medici ce n'erano fin troppi, tanti da ostacolare la libera circolazione nelle vie. E fu dato l'ordine di sfollare. Rimasero i direttori degli ospedali inutilizzati con i farmacisti, i contabili, i cappellani e tutto il materiale. Gli ufficiali medici subalterni furono mandati in sussidio alle sezioni di sanità, agli ospedali da campo già impiantati.

Fu così che parecchi colleghi andarono in una graziosa città d'oltre confine.

Si presentarono al colonnello, direttore di sanità del Corpo d'armata, un medico d'intelligenza e cultura non comune, un ufficiale attivo e zelante, e declinarono le loro generalità. Ce n'era di tutte le specialità: chirurgi, medici generici, ortopedisti, igienisti, un medico-legista, uno psichiatra, un oculista, uno specialista di malattie genito-urinarie, un otoiatra e perfino un pediatra, un istologo ed un fisiologo puro. Per ciascuno per quanto fu possibile fu trovata una confaciente occupazione.

I due ospedali da campo da 50 letti, che erano impiantati in quella città, furono trasformati in grandi ospedali dove fu possibile curare ogni sorta di ferita, ogni specie di malattia.

E per tutti vi fu lavoro.

I chirurgi si trovavano nel loro campo di battaglia e si davano una certa aria, come chi dicesse: qui conto io.

E qualche medico, come un libero docente di patologia generale, per non essere da meno, si ricordò d'aver fatto nei primi anni della professione il chirurgo e volle passar per tale. Era un uomo che sbalordiva per la sua cultura, aveva letto Ippocrate e Galeno. Ciò valse a fare intorno a lui un vuoto torricelliano.

Di chirurgi del resto ce n'erano di valentissimi. C'era un libero docente di chirurgia di Spezia che lavorava per quattro: piccolo, sbarbato, con aspetto infantile, lavorava, lavorava sempre, sempre attorno ai suoi feriti, muto come un pesce. Aveva cominciato la campagna col grado di soldato, dopo pochi giorni era stato promosso sottotenente, e poi capitano. Aveva appreso tutte le sue vertiginose promozioni, ed aveva aggiunto i fili al suo berretto senza modificare affatto l'atteggiamento sempre impassibile, che solo raramente acquistava inopinatamente qualche cosa tra il truce ed il malinconico. E senza protesta egli accettò la comunicazione fattagli che la promozione non aveva valore perchè c'era uno sbaglio nella trascrizione del cognome. Come li aveva messi tolse due fili al berretto.

C'era un altro chirurgo, un meridionale, alto due metri e con altrettanta circonferenza addominale. Era semplicemente sottotenente, egli che a giudicarlo dalla mole poteva essere un generalissimo. Lo poteva, ma non si era mai curato di esser di più. Quel che conta si è che egli si dimostrò un chirurgo valentissimo: fece delle operazioni arditissime e tutte ben riuscite. Ciò gli valse l'elogio pubblico del colonnello, e la gratitudine degli operati. Siccome era tanto *evidente,* era sempre scelto per le spedizioni più pericolose, ed egli vi andava calmo e sereno. Vi ritornava con maggiore esperienza della guerra ed indicava ai colleghi il modo come salvarsi dalle granate del 305: buttarsi a terra perchè le scheggie delle granate hanno una direzione obliqua dal basso in alto. E quando la cittadina d'oltre confine era fatta segno al tiro dei grossi cannoni austriaci egli dava una spiegazione pratica della teoria: si vedeva allora l'enorme massa del chirurgo precipitarsi al suolo come un elefante ferito.

L'oculista, bel giovane, figlio di un noto oculista, s'era reso indispensabile: chiamate di qua, chiamate di là. Curava nei varî ospedali gli occhi ai soldati, ed incantava quelli delle ex suddite dell'imperiale-regio governo.

Lo specialista delle malattie genito-urinarie era un *militarista,* che nel gergo del luogo vuol dire chi non essendo ufficiale medico di carriera tenga troppo alla disciplina militare.

Era un ipercritico e si trovava perciò all'unisono con il direttore del suo ospedale: un capitano di carriera che malgrado una grave malattia vescicale non voleva saperne di abbandonare il suo posto. I colleghi maligni susurravano che la malattia alla vescica e l'umore del capitano si erano aggravati da che egli aveva avuto la fortuna d'incontrarsi con uno specialista delle malattie genito-urinarie.

Il medico-legista, noto anche come *sindaco* (egli era vice-sindaco di una grande città del Mezzogiorno) ostentava, non aveva, una gran paura degli areoplani e dei colpi da 305. Aveva trovata occupazione presso il Tribunale militare, dove egli si sforzava col dermografismo, col polso, col vagotono e simpaticotono di attenuare i rigori del Codice penale in tempo di guerra.

Suoi compagni indivisibili erano un collega detto il *conte* per il suo tratto signorile, ed un altro dal tipico aspetto donchisciottesco.

Questi costituì un soggetto meraviglioso per una riuscita macchietta di un chirurgo caricaturista. Non era fisicamente un forte e pure lavorava per dieci. Quando qualcuno aveva bisogno di un aiuto ricorreva a lui sicuro di non avere un rifiuto: era sempre lui a cloroformizzare, sempre lui a fare da assistente, sempre lui di guardia all'ospedale. Faceva di tutto e quando non aveva nulla da fare come medico, accorreva al capezzale dei feriti e con i suoi modi gentili, insinuanti riesciva più pietoso della più pietosa fra le dame. I superiori, i colleghi sapevano di poter contare sempre e dovunque su di lui.

Una volta durante un'aspra battaglia fu mandato con un gruppo di colleghi in una zona battuta dal fuoco: gli altri, esaurito il loro compito, ritornarono agli ospedali, egli rimase lì ancora a prodigarsi a tutti e per tutto e rientrò solo quando fu richiamato d'autorità. Questo lavoro intenso spesso lo estenuava ed i segni della sofferenza, dell'esaurimento comparivano sul suo organismo. I superiori gli consigliarono di chiedere una visita collegiale, egli non volle; gli offrirono una occupazione meno faticosa e meno pericolosa, egli rifiutò. Non volle, rifiutò senza assumere un atteggiamento di eroismo o di fierezza, ma disse, così, semplicemente, che non stava bene.

Un altro infaticabile era un libero docente di patologia medica, un lodigiano: anche egli aveva ricapitolato ontogeneticamente la filogenesi militare: nello spazio di pochi giorni fu soldato, sottotenente, capitano. Sapeva di tutto e parlava volentieri di tutto: di filosofia, di agraria e di balistica e simili. Aveva inventato un nuovo sistema di produzione di gas asfissianti e ne voleva il brevetto. Sosteneva che si sarebbero avuti degli effetti meravigliosamente micidiali se sulle trincee austriache si fosse lanciato dapprima del carburo di calce e poi dell'acqua: l'acetilene avrebbe ammazzato i nemici meglio che la razzia le mosche. Se parlava molto, operava moltissimo e bene. Una volta salvò un soldato ferito tenendogli compressa con le dita per circa un'ora l'arteria linguale, che non si era riescito a legare.

Ma tutti, tutti quei colleghi si prodigavano in prestazioni d'ogni sorta anche le più umili e le più pericolose. Rimanevano calmi, sereni, impassibili quando la piccola città d'oltre confine era battuta dalle grosse artiglierie austriache, che avevano una barbarica preferenza per gli ospedali.

Un piccolo ospedale da campo aveva da poco impiantato le sue tende quando fu fatto segno ad un violento cannoneggiamento che sparse il terrore e la morte fra i feriti ricoverati: i medici rimasero al loro posto, raccolsero e rincuorarono i superstiti, non spostarono l'accampamento; solo, per essere al sicuro, abbassarono la bandiera che doveva proteggerli, la bandiera con la croce rossa.

Del resto sempre affaccendati, sempre in compagnia, quei colleghi non avevano bisogno di darsi coraggio. Solo il ricordo nostalgico della

famiglia, della casa, della vita pacifica, del lavoro professionale talora li turbava. Spesso la preoccupazione di essere separati, essi che si erano affiatati, affratellati nel luogo del lavoro e del dolore, dava loro una vaga inquietudine, un senso di paura. Ma erano sensazioni passeggere che essi consci della loro alta, necessaria missione sapevano superare con fermezza. E non hanno mai dubitato di loro: e alcuni sono andati a sostituire i colleghi morti, nello stesso posto dove questi erano caduti, e sono andati sicuri, superato il primo e legittimo sentimento d'incertezza e di inquietudine.

Essi lo sanno che non v'ha eroismo senza paura. Anche Cristo che aveva segnato il suo destino, il destino che egli affrettava con la volontà e con l'opera, impallidiva e sudava al pensiero della morte. Senza paura sarebbe sacrificio?

PANGLOSS.

*Sottoscrizione per i medici caduti in guerra e per quelli inabili al lavoro.* — L'Ordine dei medici di Napoli richiama l'attenzione di tutti i colleghi sul contenuto di una circolare inviata dal chiarissimo prof. Silvagni di Bologna, Presidente degli Ordini dei medici, con la quale si fa appello ai sanitari, rimasti nelle proprie residenze con assegni speciali, provenienti dal grado militare, per formare un fondo di cassa da servire per le famiglie dei medici richiamati in guerra, e per quelli rimasti inabili al lavoro professionale per effetto stesso della guerra.

L'appello è rivolto principalmente ai medici, che possono senza alcun disagio, prelevare qualche somma dal proprio bilancio. I colleghi del settentrione d'Italia hanno già entusiasticamente risposto all'invito della Federazione, e quel presidente ha iniziata la sua opera di personale contributo con la cospicua somma di lire 1000 (vedi fasc. 35, pag. 1190-91).

I medici napoletani certamente non saranno secondi agli altri colleghi, essi che han dato sempre prova di fraterno affetto e di grande colleganza, quando le sciagure non solo ebbero a colpire la nostra classe, ma anche tutti i nostri fratelli d'Italia, e talvolta dando quanto potettero a prò della sventura di popoli stranieri.

---

Il fascicolo di settembre della nostra Sezione chirurgica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. G. SCANDOLA. *Contributo alla casistica delle ernie diverticolari e del «Littre».*
2. Dott. G. TROTTA. *Semplificazione di tecnica nelle laparoplastiche per sventramenti postlaparotomici con applicazione alla cura radicale delle ernie ventrali.*
3. Dott. L. C. ZAPELLONI. *La prova di Bordet e Gengou nella infezione echinococcica dell'uomo.*
4. Dott. G. MORONE. *Sui cosidetti tumori misti del palato.*



## LEGISLAZIONE SANITARIA.

### Disposizioni eccezionali per la Sanità pubblica.

Riportiamo integralmente le disposizioni contenute nel decreto luogotenenziale pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 3 settembre, delle quali abbiamo già dato notizia:

Art. 1. — Al servizio di assistenza medico-chirurgica, nei Comuni nei quali esso non possa essere altrimenti assicurato, il prefetto ha facoltà di provvedere, sentito il Consiglio provinciale di sanità, incaricandone uno o più medici-chirurgi condotti o liberi esercenti inscritti nell'albo di uno degli Ordini del Regno.

Il decreto del prefetto conterrà l'indicazione del compenso che il Comune interessato dovrà corrispondere al medico-chirurgo prescelto, e che, se questi risiede nel Comune, non potrà essere inferiore allo stipendio assegnato al medico condotto ch'egli sostituisce.

Contro il provvedimento del prefetto non è ammesso ricorso nè in via amministrativa nè in via giudiziaria.

L'incarico è obbligatorio per colui che ne è investito.

Sono a questo applicabili le disposizioni e le penalità dell'art. 124 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636.

Le stesse norme valgono per il servizio di assistenza e vigilanza zooiatrica.

Art. 2. — Fermo rimanendo il disposto dell'art. 124 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, ogni medico-chirurgo, inscritto nell'albo di un Ordine del Regno, è tenuto a prestare l'opera sua in qualsiasi Comune, anche appartenente a Provincia diversa da quella di sua residenza, al quale sia destinato dal prefetto a dal ministro dell'interno, per prevenire o combattere la diffusione di malattie infettive.

Il provvedimento di destinazione determina le condizioni di assunzione e dichiara la competenza passiva della relativa spesa, in applicazione dell'articolo 201 del testo unico delle leggi sanitarie.

Contro il decreto del prefetto o del ministro dell'interno non è ammesso gravame nè in via amministrativa nè in via giudiziaria.

Sono applicabili al caso del presente articolo le disposizioni del secondo e del terzo comma dell'art. 124 del testo unico delle leggi sanitarie.

Art. 3. — È concesso ai cittadini italiani, rimpatriati o rifugiati nel Regno in occasione ed in conseguenza della guerra, muniti di diplomi esteri per l'esercizio di professioni sanitarie, di esercitare nel Regno la professione cui sono abilitati dai relativi diplomi.

Il godimento di questa concessione è subordinato alla prova da fornirsi dagli interessati, della qualità di cittadino italiano e di rimpatriato o rifugiato in conseguenza ed in occasione della guerra, e alla preventiva registrazione del diploma a norma dell'art. 65 del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45.

Sono equiparati ai cittadini dello Stato i cittadini di altre regioni d'Italia quand'anche manchino della naturalità.

Art. 4. — Il procedimento di cui all'art. 127 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, è applicabile in qualsiasi caso, anche all'infuori di quello di malattie epidemiche, in cui vi sia, nell'interesse della tutela della pubblica salute, necessità assoluta ed urgente di occupare proprietà particolari per servizi sanitari, compresa la protezione per le opere di presa e di conduttura delle acque potabili.

Art. 5. — Dove ne sorga il bisogno, in relazione ad eccezionali esigenze della pubblica profilassi, il prefetto, con motivata ordinanza, sentito il Consiglio provinciale di sanità, o, nei casi di somma urgenza il medico provinciale, provvede anche coattivamente a quanto occorra per l'accertamento, l'isolamento e la cura dei casi di malattia infettiva dell'uomo e degli animali anche in deroga alle vigenti norme speciali per la profilassi di determinate malattie.

I contravventori sono puniti con la multa sino a lire 1000 e con l'arresto da un mese a due anni, salvo le maggiori pene sancite dal Codice penale.

Art. 6. — Per la legalità delle adunanze dei Consigli provinciali di sanità è sufficiente, anche in prima convocazione, l'intervento di quattro consiglieri oltre il presidente.

Art. 7. — Per i lavori e per le provviste occorrenti di urgenza per l'organizzazione e il funzionamento di servizi sanitari, il Ministero dell'interno è autorizzato a derogare dalle norme stabilite dalla legge di contabilità generale dello Stato e dal relativo regolamento, provvedendo mediante licitazione o a trattativa privata od anche in economia.

Per i pagamenti potranno essere emessi mandati di anticipazione fino al limite massimo di lire 50,000.

L'approvazione dei progetti di lavori principali e suppletivi sarà data, qualunque ne sia l'importo, dall'ispettore compartimentale del genio civile, ed avrà effetto per ogni riguardo sia d'ordine tecnico sia di convenienza amministrativa.

Art. 8. — Il presente decreto avrà vigore dal giorno della sua pubblicazione nellla *Gazzetta Ufficiale* del Regno a quello della conclusione della pace.

Ordiniamo che il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sia inserto nella raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 22 agosto 1915.

TOMASO DI SAVOIA.

SALANDRA — GRIPPO — CIUFFELLI — CARCANO.

Visto, *Il guardasigilli*: ORLANDO.

Il ministro dell'Interno ha diretto ai prefetti, in data 5 corrente, la seguente circolare che illustra il decreto precedente:

Con decreto luogotenenziale 22 agosto 1915, n. 1311, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 219 del 3 settembre corrente, emesso con i poteri conferiti dalla legge 22 maggio 1915, n. 671, sono state dettate alcune disposizioni eccezionali per la tutela della sanità pubblica durante la guerra.

Sulla particolare importanza delle disposizioni stesse, intese a dare all'autorità che ha dalla legge l'incarico e la responsabilità della tutela della pubblica salute, quella maggiore discrezionalità che, in confronto di quella accordata per i tempi normali, appare reclamata dai bisogni nuovi, tutto affatto speciali, che hanno avuto vita ed evidenza dalla particolarissima condizione di cose creata dallo stato di guerra, credo opportuno richiamare in modo speciale l'attenzione delle SS. LL., segnalando, fra le nuove norme, quelle che si manifestano di maggior rilievo, per il fine cui mirano e per le facoltà che importano.

Cito, prima fra di esse, quella dell'art. 1, motivata dalla restrittiva interpretazione che, per necessità supreme, il Ministero della guerra ha data alle norme che regolano la dispensa dei medici-condotti dai richiami alle armi, e dall'uso, che il Ministero stesso ha dovuto fare, della facoltà di sospendere ogni concessione di nuove dispense.

Il concorso, invero, di siffatti elementi ha tolto, come è noto, a non pochi Comuni, con i propri medici condotti, ogni mezzo di assicurare l'assistenza medico-chirurgica; e se alla deficienza si è, dovunque si è potuto, sopperito con incarichi a liberi esercenti o a medici condotti di Comuni contermini, non mancano, purtroppo, casi nei quali anche questo mezzo si è dimostrato inattuabile.

A riparare a tali casi, mira appunto l'art. 1 del recente decreto, che dà al Prefetto la facoltà di imporre ai sanitari, condotti o liberi esercenti, della provincia, di prestare servizio colà ove la assistenza medico-chirurgica non siasi potuta altrimenti assicurare. E ciò, statuendo, con la richiesta del parere del Consiglio provinciale di sanità, un opportuno sistema di garanzie così di

ordine tecnico-amministrativo come di carattere professionale; assicurando, con l'estensione dell'art. 124 del testo unico delle leggi sanitarie, ai sanitari così nominati un trattamento di favore, giustificato dalle circostanze e corrispondente ad equità; offrendo, con l'accenno che vi si fa al compenso minimo da accordarsi al sanitario prescelto, senza limitare eccessivamente la libertà di giudizio e di determinazione del Prefetto, un criterio indice ispirato a doveroso riguardo alle finanze comunali. In confronto delle quali, d'altra parte, il Ministero non mancherà, nei casi di assoluta necessità ed entro i confini segnati dalla limitazione dei fondi all'uopo disponibili, di esplicare un'opportuna azione integratrice.

Dalla stessa condizione di fatto del precedente deriva, per quanto ispirato a finalità diverse, l'articolo 2, che pure contiene una disposizione meritevole di particolare menzione.

Esso, infatti, considera la ipotesi della mancanza, in un Comune, di sanitari sufficienti alla organizzazione di un'adeguata difesa contro la minaccia o la comparsa di una manifestazione epidemica, e della inanità degli sforzi del Comune stesso per trovarne fuori del suo territorio; condizioni, che renderebbero vana ed inefficace la disposizione dell'art. 124 del vigente testo unico delle leggi sanitarie. Ed in base a tale ipotesi concede la facoltà, al Ministero e al Prefetto, nei limiti di competenza rispettivamente segnati nell'articolo stesso, di adottare al caso quei provvedimenti di assunzione e di destinazione di personale sanitario che le esigenze del servizio reclamassero.

L'art. 4 mira a prevenire ed eliminare il pericolo che, nelle anormali contingenze del momento, potrebbe derivare dalla tassatività delle indicazioni contenute nell'art. 127 del testo unico delle leggi sanitarie; nella considerazione che l'interesse della tutela sanitaria del Regno può esigere l'adozione di gravi provvedimenti, limitativi del diritto di privata proprietà, anche all'infuori del caso della avvenuta manifestazione di malattie infettive epidemiche, ed appunto per prevenirne anche la prima comparsa: specialmente importanti fra di essi quelli concernenti la protezione igienica delle opere di presa e condotta di acque potabili.

Ora tali provvedimenti vengono dall'articolo predetto consentiti contro ogni difficoltà, anche mediante l'adeguata estensione dell'applicabilità dell'art. 7 della legge 20 marzo 1865, n. 2248, allegato *E*.

L'art. 5, infine, in contemplazione di eccezionali esigenze, rinvigorisce, con ampi poteri, le ordinarie facoltà dei Prefetti in materia di pubblica profilassi.



Ciò che appare di particolare importanza nei riguardi delle malattie celtiche, la cui diffusione, come l'esperienza di altri tempi e di altri paesi ci ammaestra, si accresce durante i periodi di guerra e si esalta in prossimità dei posti di concentramento dei militari di terra e di mare.

Nel paese nostro è da por mente alla parte importante che in tale diffusione ha la prostituzione clandestina o, comunque, non disciplinata a norma delle vigenti disposizioni di pubblica sicurezza: e agli ostacoli che, ad una energica ed efficace azione contro di questa, sono opposti dai limiti che all'opera delle autorità sanitarie impongono le norme ordinarie in vigore. Limiti che, se rappresentano in tempi normali ragioni di efficacia dell'azione profilattica ad essi ispirata e di essi rispettosa, costituiscono, invece, nei momenti e nelle circostanze anormali che si attraversano, fonte e cagione di insufficienza e di inefficacia dell'azione stessa, con grave pericolo e più grave danno per la salute pubblica, e, sovratutto, per le forze vive dell'esercito che ora più che mai occorre siano tenute integre e sane.

Ora essi sono, nella forma complessiva e generica in essa usata per suggerimento di ovvii criteri di convenienza conseguenti alla delicatezza della materia, tolti dalla disposizione di questo articolo; in base al quale le SS. LL. potranno ormai adottare quelle più restrittive e rigorose misure, sia pure importanti un qualche straordinario sacrificio del principio assoluto di libertà individuale, che le circostanze inderogabilmente esigessero nel pubblico interesse.

A questi brevi cenni è superfluo che io aggiunga la espressione della mia piena fiducia che le SS. LL. vorranno delle notevoli facoltà conferite dalle nuove disposizioni, far uso illuminato e prudente, in guisa da assicurare il raggiungimento delle finalità che le norme stesse hanno ispirate.

*Il Ministro*: SALANDRA.

## Il pane unico.

Un Decreto ministeriale del 25 agosto dispone:

« Art. 1 — È vietato ai mulini produrre dal frumento farine destinate alla panificazione che siano abburattate con una resa inferiore all'ottanta per cento. È pure vietato togliere elementi normali dalle farine stesse per aggiungerne altri di valore commerciale ed alimentare inferiore.

Art. 2. — È vietato di tenere, vendere, consegnare la farina di frumento destinata alla panificazione se non in sacchi piombati. Ciascun sacco porterà le seguenti indicazioni: ditta esercente il molino, qualità della farina e limite di abburattamento o la dichiarazione che la farina non fu abburattata. Per tali indicazioni gli esercenti

i molini potranno servirsi delle targhette o etichette piombate o comunque saldamente assicurate al sacco.

Art. 3. — Sono abrogate le disposizioni relative alla produzione del pane per gli ammalati di cui all'art. 2 del decreto ministeriale 7 marzo 1915.

Art. 4. — I funzionari e gli agenti indicati nell'art. 4 del decreto ministeriale 7 marzo 1915 constateranno le contravvenzioni alle disposizioni sulla produzione e sul commercio delle farine e del pane e provvederanno per la denunzia dei contravventori all'autorità giudiziaria.

Art. 5. — I prefetti delle province sono incaricati dell'esecuzione del presente decreto che avrà effetto a cominciare dal 15 settembre ».

## Contro le adulterazioni dei generi alimentari.

Con Decreto Luogotenenziale del 22 agosto 1915 si dispone:

Art. 1. — Chiunque contravviene agli ordini che l'autorità competente ha pubblicato, anche prima dell'emanazione del presente Decreto, per regolare la produzione ed il commercio dei generi alimentari, è punito con l'arresto fino a due anni e con l'ammenda da lire cento a lire duemila, senza pregiudizio delle maggiori pene previste dal codice penale.

Art. 2. — I funzionari e gli agenti ai quali è affidata la sorveglianza per l'applicazione delle norme che regolano la produzione e il commercio dei generi alimentari, hanno l'obbligo di constatare le contravvenzioni alle norme stesse per denunciare i colpevoli all'autorità giudiziaria.

Il funzionario o l'agente che, avendo acquistata notizia di una contravvenzione a tali norme, omette o indebitamente ritarda la denuncia, è punito con la multa da lire cinquanta a lire mille.

Alla multa può, in caso di maggiore gravità, essere aggiunta l'interdizione dai pubblici uffici fino ad un anno.

Art. 3. — Le disposizioni del presente decreto avranno vigore per tutto il periodo della guerra, durante il quale ogni altra disposizione ad esse contraria è abrogata.

## Autorizzazione a viaggiare come medico di bordo.

Con Decreto Luogotenenziale del 19 agosto 1915, n. 1275, per assicurare il servizio di vigilanza igienica e di assistenza sanitaria sulle navi addette a viaggi di lunga navigazione è stata emessa la seguente disposizione:

« È data fino al 31 dicembre 1915 facoltà al Ministero dell'Interno di concedere, direttamente o per mezzo dei prefetti da esso delegati, l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo a chi ne faccia domanda, corredata dai seguenti documenti:

1° atto di nascita;

2° certificato di cittadinanza italiana;

3° diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito in una Università del Regno;

4° certificato di buona condotta rilasciato dal sindaco del Comune di residenza, di data non anteriore ai 3 mesi;

5° certificato penale di data non anteriore a tre mesi;

6° certificato di sana e robusta costituzione di data recente;

7° titoli comprovanti sufficiente cultura nelle discipline igieniche e provata abilità nell'esercizio pratico della medicina, chirurgia e ostetricia.

L'autorizzazione, così concessa, deve contenere la indicazione del viaggio per il quale viene rilasciata e non ha valore che per il viaggio per cui fu emessa ».

---

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5508) *Congedo.* — Il Dott. C. da C. avendo avuto la prescrizione di 40 giorni di riposo per convalescenza, chiede conoscere se debba e possa chiedere al Comune la concessione del congedo ordinario.

Per norma generale sono ora sospesi i congedi dei medici condotti, attesa la scarsezza del personale che, stante l'attuale stato di cose, può essere adibito al servizio dei Comuni. Ella ha, però, secondo noi, indubitatamente diritto al congedo per infermità, il quale congedo può estendersi, come è risaputo, anche a tre mesi. Certamente le ragioni dal Comune addotte per negarle il congedo ordinario non sono, a nostro avviso, attendibili, non potendosi, sotto pretesto di garentire la salute pubblica in determinata occasione, ricorrente ogni anno in modo da costituire un fatto endemico, negare al medico condotto quel periodo annuale di riposo che il legislatore per suprema finalità sociale intese concedergli.

(5509) *Congedo - Supplenza.* — Il Dott. U. V. da P. desidera conoscere se in seguito alla sospensione del congedo annuo, ordinata dal prefetto per tutti i medici condotti della provincia, vi sia diritto da parte dei medici stessi di percepire la somma stanziata per la supplenza.

Essendo stati sospesi i congedi dei medici condotti, vien meno la ragione del compenso per la supplenza. Esso, quindi, non deve essere dato, perchè si convertirebbe in un non autorizzato aumento di stipendio.

(5511) *Servizio militare.* — Il Dott. abbonato n. 6996 desidera conoscere se un militare rifor-

mato laureato in medicina, dichiarato abile in una possibile nuova visita, debba servire come ufficiale medico di complemento e se lo stesso individuo possa prima della chiamata essere nominato ufficiale medico della Croce Rossa, e, nella affermativa, a chi si debba rivolgere.

Se a seguito della nuova visita il militare già riformato fosse ritenuto idoneo dovrebbe, non ostante sia possessore della laurea in medicina, andare sotto le armi in qualità di semplice soldato. Si può essere assunto in servizio presso la Croce Rossa anche prima della nuova visita, perchè al presente non si ha alcun obbligo di servizio militare per essere stato a suo tempo regolarmente riformato. Faccia domanda di ammissione al Comitato regionale della Croce Rossa. Sappiamo, però, che quando detta istituzione ha bisogno di sanitarii, di aiutanti, di infermieri o di portaferiti, bandisce apposito arruolamento, che rende, il più che sia possibile, di pubblica ragione.

(5512) *Congedo.* — Il Dott. U. R. da C. espone che nel Comune esistono tre medici condotti con obbligo di supplenza reciproca retribuita per il mese di congedo. Il Comune, causa lo stato di guerra, ha creduto conveniente sopprimere il mese di congedo e naturalmente anche il relativo compenso. Desidera conoscere se tutto ciò sia legale.

Essendo stati sospesi i congedi dei medici condotti viene meno la ragione del compenso per la supplenza. Se fosse corrisposto il detto compenso si convertirebbe in un non autorizzato aumento di stipendio.

(5513) *Campagna antimalarica.* — Il Dott. A. P. da S. O. espone che da tre anni consecutivi nella stagione estiva esegue la profilassi antimalarica distribuendo alla sera nell'ambulatorio pubblico il chinino di Stato alle persone o che risiedono nelle due zone malariche del Comune o vi si recano quotidianamente per i lavori agricoli. Chiede conoscere se possa chiedere il premio governativo.

Il Governo concede, non ai singoli sanitarii, ma al Comune sussidî adeguati per compensarli delle maggiori spese che eventualmente sostenessero per intensificare la lotta antimalarica, distruggendone con maggiore energia le cause. Se Ella, dunque, in tale opera, eminentemente sociale ed umanitaria, dedica gran parte della propria attività personale ha ben diritto a speciale rimunerazione. Ma questa non deve essere chiesta direttamente al Governo ma bensì al Comune, il quale, ricevuti i fondi dal Ministero, li distribuirà equamente fra tutti i sanitarî che hanno contribuito alla profilassi antimalarica.

(5514) *Condotta piena.* — Il Dott. abbonato n. 5277 desidera conoscere: 1° se in un Comune ove risiede un medico-chirurgo giovane libero esercente possa essere imposta la condotta medico-chirurgica piena; 2° se il libero esercente contro tale atto può ricorrere alle superiori autorità o citare il Comune per i danni a lui derivati con la istituzione della condotta piena.

Se il Comune non eccede il limite legale della sovraimposta è libero di istituire la condotta piena, non ostante che nel posto risieda un giovane libero esercente. Se però il Comune eccede il detto limite, non può fare spese facoltative e, quindi, anche quella relativa alla istituzione di una condotta piena quando di essa non si senta stretto bisogno per assicurare il normale funzionamento del servizio pei poveri, tanto più se, come nel caso, risieda in loco persona che esercita liberamente la professione. Se, non ostante la eccedenza, il Comune imponga e conservi la condotta generale, il medico, che si sente leso, potrà impugnare la relativa deliberazione o alla Giunta provinciale amministrativa o alla V Sezione del Consiglio di Stato ai termini dello articolo 310 del vigente testo unico della legge comunale e provinciale. Non vi è luogo ad azione per danni.

(5517) *Pensioni.* — Il Dott. O. B. da B. desidera conoscere la pensione che liquiderà con 70 anni di età e 32 di servizio.

Alle esposte condizioni liquiderà la pensione di annue lire 3000, cioè la massima.

(5518) *Stabilità - Lungo ininterrotto servizio.* — Il Dott. G. A. da P. avendo prestato servizio in qualità di medico condotto provvisorio dal 1904 ad oggi, ma senza nomina regolare perchè quella ottenuta nel 1903 dal Consiglio comunale fu annullata dal prefetto, desidera conoscere se abbia acquistata la stabilità.

Essendo stata annullata dal prefetto la nomina che Ella ottenne dal Consiglio comunale nel 1903 a seguito di concorso, ora non ha alcun diritto da far valere. Il lungo ininterrotto servizio non vale per farle acquistare un diritto il cui pieno possesso e godimento presuppone indispensabilmente nomina regolare conseguita dalla autorità competente in seguito a concorso.

(5519) *Elenco dei poveri.* — Il Dott. T. D. C. da P. desidera conoscere se essendo stato aumentato di 24 nuove famiglie l'elenco dei poveri possa aver diritto ad aumento di stipendio e se essendo queste 24 famiglie noverate prima fra gli agiati ma non pagavano egualmente, possa aver diritto di essere pagato dal Comune invece che da esse.

Il numero delle famiglie povere indicato nello avviso di concorso non ha valore contrattuale, epperò esso può essere anche aumentato dalla Amministrazione municipale senza che il medico abbia perciò diritto ad aumento di stipendio. Sol

quando l'aumento apportato dal Comune sia effettivamente eccessivo e molto diverso da quello approssimativamente indicato nel bando diventi il numero degli aventi diritto a cura gratuita, può il sanitario giustamente chiedere un aumento dello stipendio. In tal caso, se il Comune si mostra esitante o riluttante a concederlo, può il sanitario rivolgersi alla G. P. A. per il provvedimento di ufficio previsto dallo articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie. Non può essere addossato al Comune il pagamento delle visite eseguite alle 24 famiglie ora incluse nello elenco dei poveri, perchè esse hanno l'obbligo diretto di pagare il medico per il periodo anteriore alla iscrizione, cioè quando erano ritenute agiate.

(5521) *Supplenza - Compenso.* — Il Dott. L. S. da S. espone che fu invitato dalla Amministrazione municipale a supplire il collega della 2ª condotta chiamato sotto le armi con lettera del giugno scorso in cui è detto che il compenso, d'accordo col rappresentante della Associazione dei medici, è ritenuto sufficiente in proporzione del terzo di stipendio del collega oltre l'indennità e le spese di trasporto. Che egli con lettera del 30 stesso mese, mentre per la indennità di trasferta si riportava a quella che il Comune in altra occasione avea corrisposto al medico viciniore, si rimetteva, per lo stipendio, alle disposizioni che dalle autorità competenti d'accordo con la Presidenza dell'Ordine dei medici, sarebbe stato stabilito. Chiede conoscere in quali condizioni di diritto si trova di fronte al Comune, se il Comune con lettera del giugno ha dettato per il compenso delle condizioni inderogabili in rapporto al servizio di supplenza, se le sue riserve fatte con lettera del 30 giugno abbiano effetto legale, e se il continuato silenzio sia a vantaggio del Comune o del medico.

Non avendo il Comune contrastate mai le proposte da Lei fatte con la lettera del 30 giugno p. p., vuol dire che le ha accettate. Quindi resta fissata l'indennità di trasferta nella misura in cui si corrispondeva al medico viciniore e lo stipendio nella misura del terzo perchè tale misura fu appunto determinata, come Ella stessa diceva, dalla autorità comunale competente d'accordo col rappresentante dell'Ordine dei medici. La lettera del sindaco non ha dettato per il compenso delle condizioni inderogabili in rapporto al servizio di supplenza, nè lo poteva, giacchè ogni atto che si attiene all'ordine contrattuale, non ha valore definitivo ed inderogabile se non è accettato palesamente od anche tacitamente dall'altra parte. Il silenzio non giova e non nuoce ad alcuno: lascia ogni cosa allo stato primitivo. Potrebbe piuttosto nuocere al Comune che con la acquiescenza mostra ancora di più di accettare le controproposte fatte dal sanitario. Sarebbe però consigliabile muovere la pedina per promuovere una posizione netta. Chieda al Comune il mandato di pagamento pel servizio già fatto. Il modo con cui si regolerà il Comune sarà a Lei di guida per il da farsi.

(5522) *Congedo - Compenso.* — Il Dott. G. O. da C. chiede conoscere se avendo il prefetto della provincia sospesa la concessione dei congedi ai medici condotti, possa egli, ciò non ostante, riscuotere il compenso di lire 300 stabilito dal Comune per la supplenza.

Non può riscuotere la somma stanziata dal Comune per la supplenza perchè, mancando il congedo manca anche questa necessariamente. Non si può ammettere che il medico supplisca sè stesso. Il diniego del congedo è determinato da caso di forza maggiore, che non consente rifusione di danni.

(5523) *Stipendii - Servizio militare.* — Il Dottor B. R. da V. chiede conoscere se dai Comuni sieno dovuti ai medici condotti gli stipendî per la durata della guerra.

Il decreto luogotenenziale che regola gli stipendî in caso di mobilitazione si applica agli impiegati governativi e non già a quelli comunali e, quindi, ai medici condotti. Però siccome i Comuni nello scorso anno modificarono i proprî regolamenti organici nel senso di accordare ai proprî impiegati trattamento identico a quello che lo Stato farà ai proprî dipendenti, attualmente il Comune, al medico condotto, non deve corrispondere alcun stipendio se quello militare che il sanitario riceve, sia superiore od eguale a quello municipale. Sarà questa la ragione per cui la Sottoprefettura si oppone ad approvare la deliberazione del Consiglio comunale con cui si fa un trattamento diverso. Potrebbero essere concessi, al massimo, due mesi di stipendio nella considerazione che il precitato decreto luogotenenziale dispone per lo stato di mobilitazione, mentre l'articolo 20 del testo unico delle leggi sullo stato giuridico degli impiegati civili che i Comuni furono, a suo tempo, invitati ad adottare, accorda due mesi di stipendio per qualsiasi chiamata in genere sotto le armi, anche se non di mobilitazione.

(5525) *Tariffa penale - Interpetrazione.* — Al Dottori S. F. e V. G. da G. rispondiamo consigliandoli a ricorrere al procuratore del Re contro il criterio che adotta il locale pretore nella tassazione delle perizie medico-legali. Così si otterrà certamente una disposizione ufficiale e di massima, da poter servire di guida nella soluzione di casi simili nel tratto avvenire.

(5526) *Disciplina interna dell'ospedale.* — Al Dott. Prof. G. Z. da C. rispondiamo che non esistono che mezzi morali per ottenere l'esecuzione delle disposizioni che un direttore tecnico di o-

spedale dà nello interesse del servizio in rapporto ad una Amministrazione recalcitrante. Il detto direttore o deve, a salvaguardia della propria posizione ed autorità, decidersi a lasciare il posto o non deve curarsi se le disposizioni ed i suggerimenti da lui dati sieno scrupolosamente eseguiti dalla Commissione ospitaliera, restando pago, nella propria coscienza, di aver fatto il proprio dovere e di avere allontanata qualsiasi anche più lontana eventualità di personale compromissione.

(5527) *Servizio militare - Stipendio*. — Il Dottor abbonato n. 5682 da Piacenza desidera conoscere se sia effettivamente vero e, nella affermativa, in base a quale disposizione di legge, che i Comuni debbono corrispondere due mesi di stipendio ai proprî medici condotti chiamati sotto le armi.

I Comuni nello scorso anno furono invitati ad introdurre, ed introdussero effettivamente, nei proprî regolamenti organici, a favore dei proprî impiegati chiamati sotto le armi, le disposizioni contenute nello articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili. In detto articolo è disposto che agli impiegati chiamati comunque sotto le armi spettino due mesi di stipendio ed a quelli chiamati in caso di mobilitazione spetti invece lo stipendio per la intera durata del servizio militare. Il decreto luogotenenziale dell'11 luglio 1915, n. 1064, si riferisce alla chiamata per mobilitazione e non esclude che si possano accordare i due mesi di stipendio come per la entrata comune sotto le armi prevista dal precedente capoverso del precitato articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili.

(5529) *Aumento di stipendio - Comuni colpiti dal terremoto del gennaio 1915*. — Al Dott. G. M. da F. rispondiamo che è vero quello che gli ha detto il medico provinciale a riguardo delle pratiche dirette ad ottenere in concreto la corrisponsione del maggiore stipendio già approvato e bilanciato dalla Amministrazione di un comune colpito dal terremoto del 1915. Sarebbe bene inviare analoga istanza al Ministero dell'interno per sollecitare la procedura.

(5530) *Veterinario ed ufficiale sanitario*. — Il Dott. G. C. da S. desidera conoscere se ha diritto a compenso per il servizio che presta in luogo e vece del veterinario comunale, chiamato sotto le armi, se ha diritto a compenso o alla indennità di trasferta per la visita alle scuole sparse nell'esteso territorio comunale ed in generale per le visite che è obbligato di fare ai varî stabilimenti esistenti nell'ambito della circoscrizione del Comune.

L'ufficiale sanitario ha diritto a compenso per il servizio che presta in luogo e vece del veterinario comunale chiamato sotto le armi, giacchè esistendo nel Comune il posto di veterinario, le funzioni di visita al macello e l'ispezione alle carni macellate, gli sono affatto estranee. Il Consiglio di Stato con parere del 24 novembre 1911 determinò che la visita alle scuole deve essere eseguita gratuitamente dall'ufficiale sanitario. Riteniamo, però, che se queste sieno poste in località distante dal centro abitato si debba a detto funzionario corrispondere l'indennità di trasferta o, quanto meno, il rimborso delle spese sostenute pel trasporto. Lo stesso dicasi per le ispezioni che l'ufficiale sanitario è obbligato di fare ai varî stabilimenti esistenti nell'ambito della circoscrizione del Comune.

(5531) *Consorzio sanitario - Aspettativa al medico condotto consorziale*. — Il Dott. P. C. da T. medico consorziale da moltissimi anni ha chiesta l'aspettativa per ragione di salute. L'uno dei Comuni consorziati l'ha concessa per un anno con un terzo di stipendio, mentre l'altro l'ha concessa per soli tre mesi e pel primo mese con retribuzione di un terzo dello stipendio. Desidera conoscere se la deliberazione di uno dei due Comuni si impone anche all'altro ed in qual modo si possa risolvere la vertenza.

La soluzione della vertenza dipende dal capitolato, che pare che costà non esiste. In mancanza di capitolato e di altra base legale contrattuale, occorrerà che i due Comuni si mettano d'accordo, osservando le disposizioni emesse da quello più popoloso e che, quindi, contribuisce in maggiore proporzione nello stipendio del sanitario. Ond'è che noi riteniamo che il deliberato del Comune maggiore debba essere comunicato a quello minore perchè vi si uniformi. Nel caso che entrambi persistano nel provvedimento da ognuno adottato, sarebbe opportuno che gli atti siano rimessi al prefetto della provincia, perchè derima la controversia, che ora si presenta in termini assolutamente contradittorî. La malattia accennata può essere considerata come contratta a causa del gravoso e preoccupante servizio e dar, quindi, luogo alla aspettativa per la durata massima di un anno.

(5532) *Supplenza - Dimissioni*. — Al Dott. abbonato n. 6699 rispondiamo che essendo già intervenuta la nomina a titolare quando dovè assentarsi dal Comune, il relativo periodo di assenza deve considerarsi come congedo ordinario. La spesa della supplenza incombe, pertanto, al Comune. Stando a quanto egli dichiara che sullo esemplare a stampa del capitolato è scritto la cifra 1, che vedesi corretta a mano con un 3 e che il detto capitolato non fu mai a lui letto nè da lui sottoscritto, riteniamo che possa lasciare il servizio dopo un sol mese di preavviso.

(5533) *Congedo.* — Il Dott. C. F. da B. desidera conoscere se avendo lasciato il Comune per ventisei giorni onde corrispondere a chiamata sotto le armi, essendo ora ritornato in paese possa ottenere il consueto mese di congedo.

La concessione del congedo ai medici condotti è sospesa durante il periodo della guerra. Se ciò nonostante Ella abbia bisogno assoluto di assentarsi può mettersi in relazione con l'Amministrazione comunale obbligandosi a provvedere a sue spese alla supplenza durante l'assenza.

(5534) *Esenzione dal servizio militare.* — Al Dott. B. F. da C., che ci interpella su tale argomento rispondiamo che non è possibile controllare la ragione per cui il prefetto non ha creduto di vistare il certificato rilasciato dal sindaco per la di lui dispensa dalla chiamata sotto le armi. È facoltà dalle legge attribuita al criterio insindacabile del capo della provincia, il quale deve, nella sua alta ed illuminata giustizia, controllare nei riguardi degli interessi della pubblica salute in determinata località, se l'opera del sanitario sia assolutamente ed imprescindibilmente necessaria pel bene comune e pel normale andamento di un importante ramo di pubblico servizio. Contro il provvedimento del prefetto in tale materia non è ammissibile reclamo di sorta.

(5535) *Supplenza per chiamata sotto le armi.* — Il Dott. A. V. da S. (234) chiede conoscere se gli competa compenso pel servizio che è obbligato a fare per la supplenza di un collega chiamato sotto le armi.

Il medico condotto che supplisce un collega chiamato sotto le armi ha diritto a speciale compenso, e ciò non ostante esista l'obbligo della supplenza reciproca gratuita, perchè la chiamata alle armi non è congedo ordinario nè tampoco congedo straordinario per infermità. Circa la misura del compenso converrà intendersi con l'Amministrazione municipale; ma noi crediamo che sia conveniente concederle l'intero stipendio che si corrispondeva al collega, tanto più che esso non è di elevata misura.

Doctor JUSTITIA.

---

Conto 51 anni di età, sono stato laureato nel 1889 e posseggo lodevoli certificati sia durante gli studii, sia nei 26 anni di esercizio in Condotta.

Appartenevo alla 3ª categoria, ma non ho mai prestato servizio militare perchè avevo dichiarato di essere pronto alla chiamata solo in tempo di guerra.

Però giunto all'età di 41 o 42 anni, al solito annuale bollettino risposi che non ero più disposto a prestare servizio alcuno. Oggi invece che l'Italia può aver bisogno di medici vorrei mettermi di nuovo a disposizione di S. E. il Ministro della Guerra; ma vorrei prima rimanere un paio di mesi in un ospedale qualsiasi per imparare le disposizioni militari ed *essere poi subito inviato in una Zona di Guerra.*

Potrò riuscire utile come medico-chirurgo generico? Mi accetteranno a queste condizioni e con quale grado?

Dott. G. A. Poggio Firenze.

Crediamo che Ella possa essere contentato nelle sue nobili e generose aspirazioni. Ne faccia domanda alla Direzione di Sanità del Corpo d'Armata della zona nella quale trovasi il suo domicilio e corredi la domanda di tutti i titoli e certificati che possiede, in base ai quali le potrà eventualmente essere assegnato il grado. D.

Dottor G. D. L., abbonato 4330. Essendo nato nel 1884 Ella è obbligato a prestare servizio militare come ufficiale di complemento, ed essendo laureato da oltre 5 anni ha titolo al grado di tenente. D.

---

## CONDOTTE E CONCORSI.

CAVAZUCCHERINA (*Venezia*). — Primo reparto; L. 3500 e L. 500 indennità alloggio. Pratica triennale ospitaliera o servizio triennale di condotta. Età mass. anni 40, s. e r. Scad. 30 sett.

CHIUSI IN CASENTINO (Arezzo). — Condotta residenziale; lorde L. 4502, per due sessenni: in caso di rinunzia al congedo L. 350. Scad. 30 settembre.

GRAGLIA-MUZZANO (*Novara*). — Condotto per poveri (circa 80); L. 1200; indennità di supplenza L. 250; quale U. S. L. 150; da Enti locali L. 450. Scadenza 30 settembre.

NEIVE (*Cuneo*). — Seconda condotta; L. 1600 lorde e L. 100 per indennità supplenza. La nomina è per tutto il periodo della guerra e sarà titolo validissimo per la nomina definitiva. Dom. e doc. d'uso. Scadenza 1° ottobre.

PALMIRA (*Basilicata*). — Condotta medico-chirurgica pei soli poveri. L. 1500, lorde. Età non superiore agli anni 40. Scadenza 30 settembre.

ROMA. *Ferrovie dello Stato* (Direzione generale). — Concorso per titoli a medico di riparto a norma regol. approvato con decr. min. 31 dicembre 1913) per il riparto di Castel S. Giorgio, con la residenza a Castel S. Giorgio o a Firmani o a Rocca Piemonte e la retribuzione annua di lire 140. Biglietti permanenti e per un solo viaggio, e pagamento dei certificati per infortunio, ai sensi del regolamento (articoli 51 e 55). Domanda all'Ufficio sanitario di Napoli, non più tardi delle ore 17 del giorno 31 ottobre 1915.

SALSOMAGGIORE. *Regi Stabilimenti Termali.* — Direttore; L. 12,000. Cauzione di L. 20,000. Titoli che provino l'istruzione, la coltura, le at-

titudini e la pratica esperienza per esercitare le attribuzioni del posto. Docum. all'Azienda di Stato in Salsomaggiore o al Ministero delle Finanze (Direzione Generale del Demanio) entro il 31 ottobre 1915. Chiedere l'annunzio.

VALLERMOSA (*Cagliari*). — Medico poveri; L. 2300 lorde; generalità L. 1250 lorde; U. S., L. 300; tenuta armadio, L. 150. Scad. 30 sett.

VILLARBOIT (*Novara*). — Il concorso per la condotta medica deve, per ordine dell'autorità superiore, considerarsi come non avvenuto, causa la guerra.

---

#### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

BOLOGNA. — Il dott. Santini Paolo è nominato assistente volontario in clinica chirurgica.

CAGLIARI. — Il dott. Gismondi Alfredo è abilitato alla libera docenza in clinica pediatrica.

CATANIA. — Il dott. Consoli Giuseppe è nominato aiuto volontario di materia medica.

FERRARA. — Il dott. prof. Minerbi Cesare è abilitato alla libera docenza in semeiotica medica.

GENOVA. — Il dott. Golgi Alessandro è nominato aiuto in igiene.

MILANO. — Il prof. Cattaneo Cesare è incaricato dell'insegnamento di clinica pediatrica presso gl'Istituti clinici.

MODENA. — Il dott. Venturi Antonio è abilitato alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria.

NAPOLI. — Il dott. D'Ambrosio Andrea è abilitato alla libera docenza in clinica medica.

PALERMO. — Il dott. Sireci Damiano è nominato assistente in soprannumero in patologia generale.

PARMA. — È abilitato alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria il dottor Sembianti Guido.

PAVIA. — Il dott. Binda Pietro è nominato assistente alla clinica medica.

PISA. — La dott. Fischmann Di Vestea Maria è nominata assistente volontaria in clinica chirurgica.

ROMA. — Il dott. Politi Gaetano è autorizzato a trasferire da Napoli a Roma la libera docenza in clinica ostetrica e ginecologica.

SIENA. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Grumer Ettore in patologia medica, Pensuti Virginio in storia della medicina.

TORINO. — Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Dardarelli Matteo in clinica chirurgica e medicina operatoria, Funaioli Gaetano in antropologia criminale, Rolandi Silvio in clinica oculistica.

Il cav. uff. prof. Giuseppe De Luca, nostro connazionale residente a Buenos Aires, è stato promosso da cavaliere ad ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.



## NOTIZIE DIVERSE.

**Sui campi dell'onore.**

Sono morti eroicamente per la Patria:

il dott. CARLO VISMARA, sottotenente medico, caduto ucciso sul colpo da una bomba di aeroplano gettata sulle nostre ambulanze. Aveva poco più di 28 anni. Si era dedicato al ramo elettroterapico e dirigeva a Milano il Gabinetto che fu già del compianto dott. Carlo Luraschi in via S. Andrea;

il dott. SILVESTRO TRABUCCO, tenente medico, trentenne. Era medico condotto in Carinola (Caserta). Cadde il 2 agosto nelle terre redente;

il dott. CORDA MANLIO di Calangianus (Sassari), ufficiale medico in un reggimento di fanteria; era assistente nella Clinica medica del prof. Grocco a Firenze;

ALBERTI LUIGI, studente del II corso di medicina nell'Università di Parma.

Segnaliamo anche i nomi di altri sanitari:

il dott. CARLO FRANCESCO TREVISAN, tenente veterinario, addetto a una sezione di artiglieria, cadde colpito da una granata mentre attendeva al suo servizio. Era da parecchi anni veterinario consorziale a Pontebba (Udine);

ROLANDO DOMENICO, farmacista, tenente di complemento. Era rimpatriato dopo 18 anni di residenza nel Paraguay, dove aveva accumulato una considerevole ricchezza esercitando la sua professione. Era nativo di Valperga (Torino).

**Le sale del Quirinale trasformate in ospedale per i feriti.**

Mentre il Sovrano è alla testa delle sue truppe, la sua Augusta Consorte si è dedicata con instancabile ed ammirevole alacrità alle opere di assistenza e di beneficenza della guerra, divenendo il benefico angelo consolatore di coloro che soffrono per la grandezza della patria. Tra le molteplici forme di quest'assistenza, la Regina ha voluto anche offrire ai feriti in guerra un ricovero più unico che raro, trasformando cioè tutto il primo piano del Quirinale in un ospedale, che alla fastosa sontuosità della sede unisce ogni sorta di « comfort » e tutte le più minute esigenze della scienza e dell'igiene moderna. A questa trasformazione l'Augusta Signora ha presieduto Ella stessa dopo averne ideato e curato il piano sin nei minimi dettagli. Le fastose sale di Paolo V hanno subito, sotto la personale direzione della Regina, una trasformazione completa, sicchè l'adattamento di quella parte del Quirinale chiamata della Rappresentanza è riuscito in modo da non arrecare il minimo danno alle splendide sale e da trasformare l'appartamento in un vero e proprio ospedale con tutte le esigenze dell'igiene moderna. In modo ingegnoso fu risoluto il gravissimo problema delle condutture e degli impianti dei bagni.

Il dott. Scafi curò l'allestimento per la parte tecnica. L'ospedale comprende tutto l'appartamento del primo piano con undici sale destinate a 206 malati, alle quali sale S. M. ha voluto dare il nome dei primi decorati dal Re con medaglia al valore. Così la sala degli Ambasciatori ha preso il nome di « Sala De Rossi »; la sala del Trono di « Sala Schenardi », e poi Sala Ciocchino, Sala Vico, Sala Platania, Sala Mazzetti, Sala Tersolo, Sala Andreolo, Sala Romano. Nella Sala

del Balcone è stata impiantata una camera di medicazione e nella « Serra » prossima alla Manicalunga un'altra camera di medicazione, una per le operazioni ed una stanza di preparazioni e disinfezioni.

Per il servizio sono stati impiantati quattro guardaroba secondari ed uno centrale fornito di tutto l'occorrente. E da per tutto lavabi, bagni, gabinetti, fornelli a gas, acqua, luce. Un completo gabinetto radiologico funziona regolarmente e rende servigi inestimabili. Due ampie sale sono destinate a refettorio, una delle quali, la splendida Sala Battaglia, capace di 150 posti. Durante l'ora dei pasti il refettorio è rallegrato da un magnifico fonografo, dono dei Principini.

L'ospedale, una volta allestito, fu affidato alla Croce Rossa, e per essa al Comitato regionale di Roma presieduto dall'on. duca D. Leopoldo Torlonia. È così sulla Torre dell'Orologio sventola la bandiera della Croce Rossa. L'ospedale è diretto con intelletto d'amore e con sapiente cura dal maggiore medico comm. dott. Emilio Scafi il quale è valorosamente coadiuvato dal seguente personale direttivo: capitani medici: Lugli Augusto, Pampersi cav. G., Serena Mario; tenenti medici: Bartera Umberto, Calonzi A., Carra cavalier Vincenzo, Leuzzzi cav. Nicola, Liverziani Cesare, Tesa Domenico; tenente farmacista: Vinciguerra dott. Alberto; sottotenente commissario: Saccocci Vincenzo; sottotenente contabile: Ballerini cav. Augusto. Ci sono inoltre: 24 dame infermiere volontarie, dirette dalla valentissima e caritatevole ispettrice principessa di Paternò, e cinque suore di carità, più 46 militi della Croce Rossa (sottufficiali, infermieri, inservienti, ecc.). In breve, un ospedale perfetto, unico al mondo per la sua sede fastosa e carica di storia.

### Un ospedale francese a Roma per i feriti italiani.

Dal 3 settembre funziona a Roma un piccolo e modernissimo ospedale che l'Ambasciata di Francia, a conto del proprio Governo, ha istituito in Roma.

Quando l'Italia non era ancora in guerra, donna Bice Tittoni e i maggiorenti della Colonia italiana a Parigi, fra cui primo Gabriele D'Annunzio, vollero dare opera alla fondazione di un ospedale che significasse l'amore del popolo italiano per il popolo francese, la simpatia che tutti noi avevamo per la nazione sorella.

E l'ospedale sorse a Parigi, e raccolse numerosi feriti, che furono e sono curati dai nostri sanitari.

A ricambiare l'atto fraterno e gentile madame Barrère otteneva che sorgesse a Roma un ospedale per i nostri feriti, ospedale alla cui istituzione dovesse pensare la Francia.

Quello che era il desiderio di madame Barrère divenne presto realtà. Fu scelto come locale la casa di salute, che le monache di San Carlo di Nancy hanno nella piazza della Sacrestia.

L'ospedale ha sei vaste ed arieggiate corsie nelle quali possono essere ricoverati comodamente cento malati. Vi sono inoltre camere adatte a ricevere venti ufficiali; e tanto le prime che le seconde sono state fornite di tutto ciò che la scienza ha di più moderno e di più praticamente utile.

A dirigere l'ospedale sono stati chiamati il professor Alfonso Ramoni, il professor Paolo Ferraresi, i dottori Alfredo Ricci e Luigi Sirani. Prestano servizio di infermiere le suore di San Carlo e i soldati.

L'ospedale è fornito di una modernissima e perfetta sala di chirurgia, di una sala da medicazione, di vaste sale per la ricreazione e di bellissime terrazze dalle quali si gode una vista stupenda.

### Elargizione all'Ospedale Maggiore di Milano.

Ad onorare la memoria della signora Luigia Mangili vennero consegnate al cassiere dell'Ospedale Maggiore di Milano, in occasione dell'anniversario della morte della predetta signora, da persona che ha manifestato il desiderio di non essere nominata, tante cartelle di rendita del Debito pubblico italiano del valore complessivo capitale nominale di lire 100,000, a titolo di oblazione a favore dell'Ospedale.

### Ambulatorio per i poveri a Napoli.

Presso la II Clinica medica, al Policlinico della Croce di Lucca, il 14 agosto, il prof. commendator Gaetano Rummo, coadiuvato dal professor Luigi Ferrannini e dal personale della Clinica, ha inaugurato un ambulatorio gratuito per infermi poveri, che funziona in tutti i giorni pari. Il prof. Rummo provvede personalmente a fornire gl'infermi delle medicine necessarie. In caso di speciale necessità e compatibilmente con la disponibilità del personale sanitario, qualche infermo potrà anche essere visitato a domicilio.

### Il nuovo acquedotto di Livorno.

Con l'intervento del prefetto, comm. Gasparini, del sindaco e di tutte le autorità, il 29 agosto è stato inaugurato il nuovo acquedotto di Livorno.

### La pulizia e la disinfezione dei treni e dei locali ferroviari.

La Direzione generale delle Ferrovie dello Stato ha diramato una circolare che detta norme dettagliate e cure efficaci per la pulizia e la disinfezione dei treni e dei locali, specialmente di quelli che per loro natura si prestano maggiormente ad essere transito di malattie infettive ed epidemiche. La circolare fissa a ciascun agente o a ciascun gruppo di agenti una propria responsabilità rispetto alla pulizia ed alla disinfezione di determinati oggetti. Fra l'altro si fa obbligo ai capistazione di tenere puliti e di fare disinfettare col mezzo dei propri agenti gli uffici, le sale di aspetto, i piazzali e tutti i varî locali aperti al pubblico; occorrendo, due volte al giorno, specie quando si verifica movimento di prigionieri, di soldati, di profughi e di emigranti. La spazzatura deve essere fatta sempre ad umido per evitare polvere, e quando ciò non basti si deve provvedere subito alla lavatura con acqua calda. Quando il treno ospedale ed i treni dei prigionieri sostano lungamente nelle stazioni, i binari sottostanti e gli spazi laterali devono essere cosparsi di calce in polvere. Le immondizie raccolte devono essere sempre depositate in appositi fossi da disinfettarsi, versandovi sopra una conveniente quantità di latte di calce. Ciò indipendentemente dalle disinfezioni ordinarie e straordinarie per le quali è necessaria l'opera del-

le squadre di disinfezione appositamente istituite. Viene stabilito poi che la pulizia e la disinfezione interna di tutti i treni ospedali, di quelli attrezzati, spetta al personale sanitario dei treni stessi, mentre quelle dei treni dei prigionieri e dei profughi spetta al personale del servizio veicoli.

**Società di nipiologia.**

In Napoli, per iniziativa del prof. Ernesto Cacace della Regia Università, ideatore dell'Istituto nipioigienico, fu fondata la Società di nipiologia, sotto gli auspici del Comitato napoletano per il voto alla donna, con lo scopo di promuovere tutti gli studi riguardanti la prima infanzia: biologici, psicologici, clinici, storici, e coordinarli con una sintesi rigorosa in una branca scientifica denominati dal Cacace « Nipiologia », che potrebbe considerarsi un ramo della pedagogia e concorrere alla soluzione integrale del complesso problema di tutela della maternità e della prima età infantile, favorendo lo sviluppo dei relativi Istituti di protezione e sopratutto fondando Istituti nipiologici.

L'Istituto nipioigienico può comprendere fra loro coordinati:

*a*) istituzioni di assistenza: consultazioni per lattanti, goccie di latte, asili per lattanti, aiuti materni, asili di maternità, ecc.;

*b*) istituzione educativa: scuole d'igiene infantile o di puericultura, scuole per le madri, cattedre ambulanti d'igiene infantile, scuole popolari di maternità;

*c*) istituzioni di previdenza: casse di maternità ed altri istituti di mutualità materna;

*d*) laboratori scientifici: per l'esame del latte e per lo studio biologico ed igienico del bambino lattante.

Le oblazioni dei soci benemeriti (non inferiori a lire 50) e le tasse di ammissione (lire due) e le quote annue (non minori di una lira) dei soci ordinari debbono essere inviate al presidente prof. Ernesto Cacace, Napoli, via P. S. Mancini, 13 (dalla *Vita Sanitaria*).

**La difesa sanitaria di Roma.**

In un'intervista pubblicata sull' « Idea Nazionale » il prof. Roselli, assessore per l'igiene del Comune di Roma, ha messo in rilievo le ottime condizioni sanitarie della capitale ed ha accennato a numerose misure sanitarie già adottate: ingrandimento del Laboratorio batteriologico (allogato in nuovi locali) e di quello chimico; predisposizione di locali per la cura dei contagiosi e per l'esame e l'isolamento dei sospetti, in collaborazione con l'autorità sanitaria militare; affitto di una nuova casa contumaciale; istituzione di lazzaretti separati, arredati a nuovo, per colerosi, vaiolosi e tifosi esantematici (fin'ora non c'è nessun caso delle tre malattie); nuova auto-ambulanza; ecc. La Giunta ha stanziato un fondo straordinario di 135,000 lire per far fronte alla profilassi sanitaria contro le epidemie in questo eccezionale periodo di guerra.

**Contro le specialità farmaceutiche.**

L'Accademia di medicina di Torino ha approvato il seguente ordine del giorno:

« L'Accademia Reale di medicina di Torino, nell'intento di conservare alla Farmacopea ufficiale del Regno d'Italia il suo alto valore, come Codice farmaceutico e come indice della coltura medico-farmaceutica italiana, fa voti che il Governo voglia escludere dalla Farmacopea stessa l'elenco delle cosidette specialità ».

**La denunzia della pellagra.**

L'Ufficio sanitario della Louisiana, partendo dal concetto che la pellagra sia una malattia comunicabile, ha imposto che vengano denunciate all'Ufficio d'igiene tutte le famiglie dove se ne verificano casi. (da *Malaria e malattie dei paesi caldi*).

**Contro la bilharziosi in Egitto.**

In vista dei casi di bilharziosi che si sono verificati nella popolazione militare e civile dell'Egitto, è stata organizzata in Inghilterra una spedizione scientifica per lo studio della malattia. Sarà diretta dal dott. Leiper, entomologo, e dal dott. Cochin, l'uno e l'altro appartenenti alla Scuola delle malattie tropicali di Londra. Si recherà nelle regioni dell'Egitto infestate dalla malattia.

**Il pane misto con farina di riso proposto e studiato in Francia.**

Al Consiglio Superiore d'igiene in Francia è stata comunicata un'interessante relazione sulla utilizzazione della farina di riso per fabbricare il pane. Tale innovazione abbasserebbe il prezzo del pane, e sopra tutto dispenserebbe la Francia dal grave tributo dell'importazione del grano, giacchè il riso potrebbe venirle dalle sue stesse colonie.

L'iniziativa spetta al prof. Maurel di Tolosa, e già l'Accademia di medicina si pronunciò favorevolmente, dichiarando che nessuna ragione pratica d'ordine igienico vi si oppone. Il Consiglio Superiore d'igiene ha confermato il responso dell'Accademia, e i relatori hanno osservato che la ricchezza in fosforo delle farine di riso e di frumento è uguale, soltanto la ricchezza azotale diminuisce nel pane così misto, mentre aumenta la ricchezza delle sostanze amidacee. Il pane misto è irriconoscibile da quello di puro frumento al sapore almeno fino al 20 per cento di riso.

Naturalmente il Consiglio ha premesso che tale misura verrà adottata soltanto se considerazioni d'ordine economico l'imporranno; del che solo lo Stato è giudice.

**La Germania proibisce di esportare medicinali.**

Un'ordinanza imperiale vieta l'esportazione dalla Germania di tutti i medicinali ed articoli per la cura dei malati.

**Mostruosità tedesca.**

La « Presse Médicale » del 9 settembre dà questa notizia riferita da un medico francese il quale, contrariamente alla Convenzione di Ginevra, era stato internato in un campo di concentrazione tedesco: molti russi prigionieri avevano il tifo (evidentemente si tratta di tifo esantematico); i tedeschi fecero dormire uno di quei russi tra due francesi; dopo venti giorni tutti i prigionieri francesi ebbero il tifo, che fece delle ecatombi.

Se il fatto è vero, ha del mostruoso; ma la « Presse Médicale » esita a credervi.

**Croce Rossa Americana.**

La Croce Rossa Americana ha spedito sulla nave « Espagne » alla Croce Rossa Belga, in La Panne, 4400 libbre di materiale ospedaliero, tra cui 400 libbre di cloroformio e 3 casse di effetti di vestiario per bambini (*Journal A. M. A.*).

**Soldato che si ferisce e ferisce un capitano.**

Il 13 corr. nell'Ospedale sussidiario del Seminario di Milano, un giovane siciliano, pare in preda a squilibrio mentale, si feriva gravemente con un rasoio e feriva con la stessa arma il prof. dott. Casimiro Doniselli, dirigente il Gabinetto municipale di psicologia e attualmente capitano della Croce Rossa.

**Valore di un cappellano.**

Con decreto luogotenenziale è stata assegnata la medaglia d'argento al valor militare a don Giovanni Barazzoni, da Invorio Inferiore (Novara), cappellano militare del 92° fanteria, perchè sotto il grandinare di proiettili, deliberatamente diretti dal nemico inumano contro feriti e contro medici nell'esercizio delle loro funzioni, portavasi ripetutamente, con ammirevole coraggio ed abnegazione, sulla linea del fuoco, trasportando personalmente i feriti più gravi al posto di medicazione (4 agosto 1915).

**Il record di un chirurgo.**

La « Gazette Médicale » riferisce che il dottor Rusca, nativo di Locarno (Svizzera Italiana), il quale si trova attualmente in un ospedale militare russo a Jagerdoff, ha eseguito dal novembre 1914 al giugno 1915 più di 8000 operazioni chirurgiche.

---

## Necrologia dell'anno Neurologico
(agosto 1914, agosto 1915).

*Ab Jove principium*: il principe dei neuropatologi inglesi, Sir **William Gowers**, o, come lo chiamavano i suoi colleghi nelle sedute della British Neurological Society, Sir William, appartiene anche egli alla storia. Con maggiore precisione di linguaggio, lo si dovrebbe salutare come « maestro dei neuropatologi moderni », dappoichè nessuno più di lui mostrò che dialettica clinica, sapere medico e coltura fisiopatologica sono il tripode necessario a quanti vogliono bene e degnamente edificare nel tempo della Neuropatologia. Il fascio del midollo spinale, che porta il suo nome, fu da lui scoperto e rivelato senza pompa: dappoichè semplice — *simplex sigillum veri* — e piana fu sempre ogni sua esposizione. Eppure in mezzo alla sua semplicità trapela l'entusiasmo che portò nella scienza; ne è documento il suo *Manuale di clinica delle malattie nervose*, che agli storici della nostra disciplina apparirà come pietra miliare. Lo spirito di osservazione vi pullula ad ogni piè sospinto: anche nell'ora presente, in cui l'analisi semejologica ha forse oltrepassato i confini che le sono leciti, chiunque vanti una lunga esperienza professionale può attingervi qual cosa di nuovo. Gli è che Gowers tenne gli occhi fissi, come verso un faro, su tutto il resto della medicina, convinto che le scienze sorelle, dalla psichiatria alla oculistica, e da questa alla otologia, sono così legate fra loro e con la patologia nervosa, che è vano, anzi pernicioso, distaccare l'una dall'altra. Ecco perchè nessuno più di lui fu innamorato, e a ragione, dell'oftalmoscopia, di cui scrisse con una lucidità meravigliosa; come lucidi e pieni di ammaestramenti ci appaiono anche oggi i suoi studi sempre nuovi, sull'epilessia e sull'emicrania, dettati da chi profonda dovea possedere l'attenzione e la riflessione.

Più anatomico, anzi profondamente anatomico, fu il v. **Gehuchten.** Entusiasta del metodo dell'impregnazione argentica ideata dal nostro Golgi, se ne fece, con Ramon y Cajal, l'apostolo; instancabile nelle sue ricerche, rese così più comprensibile la minuta fabbrica di numerosi gangli. Smanioso di seguire l'intricato destino dei fasci nervosi, domandò al metodo a lui caro la soluzione dei numerosi problemi di neurologia, che agitano le nostre menti. Forse postulò più di quanto si potea, e talvolta dove non potè giungere con l'occhio della fronte supplì con quello della mente; ma quando si accorse di aver concesso troppo alle sue induzioni non si peritò di correggere sè stesso; dappoichè alle anime che aspirano al vero, i sentimenti egoistici non fanno mai velo. Nessuno al certo, più di lui, comprese il concetto fondamentale espresso dal geniale B. v. Gudden: *Zuerst Anatomie, und dann Physiologie; wenn zuerst aber die Physiologie, dann nicht ohne Anatomie.* Perciò vediamo negli ultimi lustri della sua vita il v. Gehuchten passare, grado a grado, nel campo della neuropatologia, e qui introdurre dottrine pingui di nuovi fatti e di più nuove concezioni. Ahimè! era trascorso appena mezzo lustro da che tutto il mondo scientifico aveva glorificato nelle pagine del suo *Nevraxe* il 25° anniversario del suo insegnamento: fu un peana foriero di fine tragica. Egli moriva, esule volontario dal suo Belgio, mentre il fuoco del nemico — *sic transit gloria mundi* — divorava la ricca collezione dei suoi preparati!

Modesto, quasi troppo, e rapito immaturamente alla scienza (avea appena 54 anni) fu il terzo, **L. v. Frankl Hochwart.** Discendente da nobile famiglia, ebbe più nobile l'animo, che lo rese caro a quanti lo conobbero; di lui, che ascrissi fra i più cari dei miei amici, potrei ripetere l'oraziano:

*Multis ille bonis flebilis occidit*
*Nulli flebilior quam mihi.*

I suoi studi neuropatologici si erano maturati nella scuola neuropatologica di Vienna, orgogliosa di numerare fra i suoi figli uomini rispondenti ai nomi gloriosi di Teodoro Meynert e di Ermanno Nothnagel. Dell'uno o dell'altro v. Frankl-Hochwart seguì le orme nella costanza delle indagini e nel rispetto alle leggi della logica. Gli studi sulle vertigini auriculari, sugli avvelenamenti da nicotinia, sulla tetania, sull'enuresi notturna, sulla neurastenia cardiaca, sui tumori cerebrali rispecchiano un raro acume critico, che non lo abbandonò mai, in tutte le sue deduzioni diagnostiche.

W. Gowers, v. Gehuchten, L. Frankl-Hochwart: tutti, per vie diverse, concordi nel fine supremo di ogni biologo: indagare e possibilmente scoprire il velo d'Iside, sotto il quale si nasconde la verità.

19 settembre 1915.

G. MINGAZZINI.

---

## Rassegna della stampa medica.

*The Practitioner,* ag. BLAKEWAY e altri: Effetti dell'operazione per labbro leporino sull'arco dentario. — CAMPBELL: Uso ed abuso dei purganti. — MAC ARDLE: Lesioni articolari da malattie nervose. — COBB: Cause ed effetti della nevrastenia.

*Pensiero Med.,* 1 ag. GILBERTI: Ernia dell'uretere.

*Bull. d. Sc. Med.,* lug. MODENESI: Intorno alla cosidetta sindrome talamica. — LORENZINI: Nefrite da orecchioni.

*Riv. di Ig. e San. pubbl.,* 10 ag. BERTARELLI: Sull'epidemiologia del tifo esantematico. — NORZI: Metodo per svelare le alterazioni iniziali delle farine.

*Il Morgagni* Arch., lug. LEVI: « Prolapsus uteri inversi ». — BERTOLO e MARIANI: Profilassi antianofelica. — DI PACE: Per la diagnosi di malaria latente.

*Arch. di Sc. Ospedal.,* n. 5. MAFFEI: Scuole per bambini degenti negli ospedali.

*Annales de Méd.,* lug. ACHARD: Sulle febbri paratifoidi. — BROUARDEL e GIROUX: Traumatismo e tubercolosi pleuro-polmonare. — DELAMARE: Osservazioni sul colera. — AUBERTIN e CHABANIER: Granulazioni azzurrofile dei mononucleari.

*Riv. di Med. Leg.,* lug. LATTES: Le docimasie polmonari e loro cause di errore. — GAMMARATA: Punibilità delle frodi relative alla legge per gl'infortuni sul lavoro. — POZZOLINO: Retribuzione dei periti e gratuito patrocinio.

*Rev. de Hyg., ecc.,* 31 mag. CASTELLANO: La lotta contro la lebbra e la redenzione del lebbroso. — 30 giu. NUNEZ: Nuovo trequarti per il metodo Forlanini.

*The British Journal of Surgery,* lug. CARSLAW: Gli essudati peritoneali. — ARMSTRONG: La cura operativa del cancro del seno. — COPE: Studio clinico sull'actinomicosi. — Chirurgia di guerra.

*Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig.,* 30 giu. PUGLIESE: L'alimentazione del fanciullo.

*The Lancet,* 31 lug. CHEYNE: Sulle ferite in guerra. — ROGERS: Sulla terapia del colera.

*Paris Méd.,* 31 lug. LAURENT: Tecnica per la liberazione dei nervi feriti. — DE LA RIVIÈRE: Ospedale di campagna per i contagiosi.

*The Boston M. a. S. Journal,* 22 lug. EMERSON: L'alcoolismo. — WATTERS: Il liquido cerebrospinale nella diagnosi e nella cura. — GOSLINE: Sul trattamento della piorrea alveolare.

*Riv. di Patol. nerv. e ment.,* fasc. 7 e 8. LUGARO: Pazzia d'imperatore o aberrazione nazionale? — BERTOLINI e PASTINE: Studio fisio-patologico del clono del piede per mezzo del galvanometro di Einthoven. — FUMAROLA: Morbo di Basedow frusto associato a oftalmoplegia. — AYALA: Tumori del corpo calloso.

*Bull. de l'Ac. de Méd.,* 27 lug. SACQUÉPÉE, BURNET e WEISSENBACH: Le meningiti acute nelle truppe in campagna. — KONINDJY: La rieducazione dei feriti in guerra. — REYNÈS: Chirurgia di guerra.

*Lucina,* 1° ag. VIANA: La sifilide degli annessi ovulari.

*L'Idrologia, ecc.,* mag. SGOBBO: I limiti dell'insegnamento dell'elettroterapia e radiologia medica.

*Riv. Ospedal.,* 30 lug. CORMIO: Cura della meningite cerebro-spinale epidemica. — CAULI: Cura delle anchilosi.

*The Boston M. a. S. Journal,* 29 lug. LEE: Le malattie prevenibili del cuore. — POPE: La febbre maculosa delle Montagne Rocciose.

*La Presse Méd.,* 5 ag. WAHL: Ittero sperimentale da acido picrico. — GASCARD e LAROCHE: Sterilizzazione dell'acqua con gl'ipocloriti o la tintura di iodio.

*La Rif. Med.,* 7 ag. MAROGNA: Carcinomi e sarcomi del retto.

*Brit. Med. Journ.,* 7 ag. ROWLAND: I principî dell'anociassociazione. — LUCAS: Il trattamento della tubercolosi polmonare con la compressione da azoto. — RICHARDS: Le ferite da arma da fuoco dell'intestino.

*Bull. de l'Ac. de Méd.,* 3 ag. DAUMEZON: Flora tifica e paratifica del liquido cefalo-rachideo. — Chirurgia di guerra.

*Le Progrès Méd.,* ag. LOEPER e VARHAM: Lo zolfo colloidale per via endovenosa nel reumatismo articolare acuto. — HUTINEL: Le setticemie infantili.

*Pensiero Med.,* 8 ag. BONARDI: Anafilassi idatidea.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII. *Roma, 3 ottobre 1915* Fasc. 40

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



*Importantissimo nuovo Premio semigratuito per gli associati al « Policlinico ».*

PROF. F. VALAGUSSA
Libero docente di Clinica Pediatrica nella R. Università, Medico Primario nell'Ospedale « Bambin Gesù » in Roma

**Consultazioni di clinica e terapia infantile**

**(con speciale riguardo alle malattie infettive)**

Il Prof. F. Valagussa, partendo dalle osservazioni fatte in un biennio di primariato nell'Ospedale infantile del Bambin Gesù, ha sintetizzato, per un gruppo di malattie, la sua esperienza clinica, spedaliera e professionale, offrendo ai medici delle consultazioni utili nell'intricata esplicazione dell'esercizio dell'esame e della cura dei bambini.

SOMMARIO: **Morbillo – Malattia di Dukes o quarto esantema - Varicella - Scarlattina – Pertosse – Difterite – Meningiti purulente – Infezioni tifiche e paratifiche – Infezioni settiche delle vie urinarie da "Batc. Coli" – Broncopolmonite crupale – Preparazione dei vaccini Wright – Tubercolosi – Peritonite diplococcica – Meningite tubercolare – Malaria – Stomatiti – Nefriti acute – Rachitismo – Spasmofilia e tetania – Morbo maculoso di Werlhof – Malattie de tubo gastro-intestinale – Cardiopatie congenite – Trombosi dei seni cerebrali.**

Elegante volume in 16° di pag. VIII-304, nitidamente stampato, con 23 figure intercalate nel testo, L. **3,50.**
**Agli abbonati al *Policlinico* si spedisce per sole L. 2, franco di porto**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

## Lesioni del naso e cavità accessorie in guerra

per il prof. GHERARDO FERRERI
direttore della R. Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, colonnello ispettore medico principale della Croce Rossa.

PREFAZIONE

I migliori medici militari sono in guerra quelli che con sagace studio e buona preparazione clinica si formarono una cultura sintetica delle principali branche speciali della scienza medica. Essi saranno meglio in grado di prestare utilmente la propria opera in ogni caso d'urgenza, dimostrando senza titubanza o bisogno di altrui consiglio la capacità di riconoscere ciò che l'arte medica e chirurgica può compiere a vantaggio dei feriti nelle sezioni di sanità, negli ospedali da campo di prima e seconda linea e in quelli territoriali, come pure sui treni e sulle navi porta-feriti, il cui più o meno lungo percorso di viaggio talvolta costringe a modificare le decisioni dell'operatore.

Alle prime minacce di guerra, i medici chiamati alle armi, istintivamente presi dal desiderio di avere le maggiori nozioni su ciò che si riferisce all'igiene sanitaria e sovratutto alla

chirurgia d'urgenza, reclamano che le Autorità scientifiche scendano a loro e contribuiscano con conferenze e pubblicazioni d'indole pratica a completare la preparazione, massime in quanto riguarda le branche speciali della scienza medica, dove sono incalzanti e meravigliosi i progressi di tecnica fisica e biologica.

A questo concetto dunque s'inspira il presente lavoro col quale non si vuole dare che uno stringato compendio delle principali lesioni del naso e cavità annesse della faccia che possano riscontrarsi in truppe combattenti. E non a caso diciamo lesioni e non semplicemente traumi, perchè in guerra i medici, assai più che le ferite propriamente dette, avranno da prestar soccorso ad affezioni morbose naso-faringee e dei seni della faccia, in stretta dipendenza con la vita disagiata e avventurosa dei combattenti esposti alle più svariate cause etiologiche, fisiche e infettive.

Se nei tempi antichi, ad esempio, le perdite di sostanza del naso erano all'ordine del giorno, ora sono passate in seconda linea di fronte a tante altre affezioni morbose di quest'organo, in cui la diagnosi e la cura precoce di una rinite infettiva (bacillo di Löffler, streptococco di Fehleisen, meningococco di Weischelbaum, *bacillus mucosus ozenae*) potrà arrestare in tempo il contagio nella vita collettiva dei combattenti e un intervento chirurgico d'urgenza salverà quasi sempre la vita di un soldato.

È necessario dunque che la coltura del medico militare vada un po' oltre a quella semplicemente ristretta alla cura delle ferite, fratture e lussazioni del naso. Su questo argomento ben poco di nuovo c'è da aggiungere alla nota monografia di Bergmann, che fa parte del classico trattato di rino-laringologia pubblicato nel 1898 sotto la direzione di Heymann.

Richiamare alla memoria qualche nozione fondamentale di rinologia sarà ai medici militari immensamente proficuo, più che la lettura di voluminosi trattati di chirurgia, dove i capitoli riguardanti gli organi di senso sono trascurati e spesso li toglierà d'impaccio in casi che richiedono una pronta decisione. Quale soddisfazione sarà per un medico di far valere ad un tratto le sue cognizioni speciali ad altri poco conosciute, come pur troppo sono in genere quelle sulle affezioni del naso e dell'orecchio! Potrà esclamare con orgoglio come il poeta persiano Mirza Schaffy:

*Le sage peut se passer de la faveur du puissant,*
*Mais non le puissant des leçons du sage.*

Non è per quella specie d'infatuazione unilaterale che fa sì che ogni cultore di un dato ramo della medicina non vegga altra salvezza fuorchè nella propria specialità, ma è per una vera deficienza delle nostre conoscenze generali, di cui debbono dar prova i medici militari, che scriviamo queste pagine. Così nei Consigli di leva, mentre si osservano gli organi toracici con i vari sussidi della semeiotica e si tiene anche conto di alcuni organi di senso, le prime vie respiratorie non sono state ancora prese in quella considerazione che meritano. Se si fosse ovviato a questo difetto dell'esame rinoscopico e faringoscopico avremmo ridotto, a nostro avviso, i riformati durante il periodo attivo della guerra, sia per la comparsa e riacutizzazione di lesioni nasali flogistiche o strutturali, sia perchè questi soldati non furono capaci, sebbene di valida corporatura, di marciare, di portare lo zaino, di fare ascese in montagna, di sopportare gli stimoli della polvere stradale e pirica o gli squilibri metereologici.

Abbiamo visto proprio in questi giorni ufficiali mandati in congedo di convalescenza e allontanati con dispiacere dal fronte perchè anemizzati da profuse emorragie per varici della mucosa nasale; altri da asma riflesso da deviazione del setto; altri con vertigini di origine rinica; altri per ostruzione dei canali naso-lacrimali da riniti ipertrofiche; altri infine con otiti catarrali e suppurative da mettersi in rapporto con permanenti stenosi tubariche da alterazioni morbose dell'anello di Waldeyer (vegetazioni adenoidi, ipertrofia delle tonsille palatine e linguali).

Non è vano ribadire in queste poche pagine relative alla medicina di guerra delle prime vie respiratorie il nostro concetto che alla visita di reclutamento dei soldati, oltre l'esame degli organi di senso che di solito viene limitato alla presenza o meno di un difetto di vista o di naso, sarebbe indispensabile l'esame rinoscopico antero-posteriore. Infatti le cavità nasali hanno molteplici funzioni, oltre quella dell'olfatto, ma il loro compito più importante per le ripercussioni patologiche si è appunto quello dell'attiva partecipazione alla funzione respiratoria e di difesa dell'organismo, le due chiavi di volta della fisiopatologia ematologica e broncopolmonare, che invece vengono obliate completamente.

Se si procedesse rigorosamente, almeno durante la permanenza sotto le armi, da medici militari competenti in materia ad un esame delle vie nasali, come si fa per tanti altri organi, non si avrebbero a deplorare nella vita collettiva delle caserme, degli accampamenti e delle trincee epidemie gravissime (difterite, meningite cerebro-spinale, polmonite, pertosse) con tutte le complicazioni a carico dell'orecchio e dell'occhio, ecc.

Noi vorremmo che si facesse oltre di ciò una cernita di tutti gl'individui che hanno secrezione abbondante muco-purulenta nasale per procedere al prelevamento del materiale batterico contenuto nel cavo naso-faringeo; il che si potrà ottenere in qualunque delle formazioni sanitarie da campo, inviando ai laboratorii speciali il materiale di esame. Si vedrà così ridursi al *minimum* il flagello delle epidemie improvvise che decimano le truppe o le rendono impari alla loro missione, paralizzandone il compito.

La rinoscopia metodicamente fatta di quelli che accusano secrezione abbondante dal naso non ha lo scopo soltanto di procedere con la massima sollecitudine alla discriminazione dei casi che possono essere contagiosi per la collettività in base all'esame culturale, ma quello di diminuire i danni che si hanno tra gli stessi pazienti, i quali si credono autorizzati a fare delle cure clandestine. Così essi seguono delle pratiche volgari come l'uso di pomate, di lavande all'acido borico, all'acqua salata, di « tirar su acqua », insufflano polveri di acido borico, di mentolina, ecc. Ora se queste pratiche sono dannose nella vita civile, tanto più lo diventano nella vita militare in cui le narici sono esposte a inalazioni di polveri, a infezioni varie, a penetrazione di germi e di corpi estranei. Sovente i pazienti sono soggetti ad epistassi che li richiamano a queste pratiche di medicina empirica, consistenti nell'introduzione di acqua dei fossi (pericolo di mignatte, larve d'insetti, ecc.), della tela di ragno, di sostanze emostatiche (percloruro di ferro, acqua emostatica del Pagliari, polveri di ferripirina, ecc.), sostanze che si trovano facilmente nella dotazione degli armadi farmaceutici militari.

È tutta una rieducazione che si deve fare sia nelle file dei soldati, che ricorrono a queste pratiche istintivamente senza richiedere consiglio, sia nella educazione scientifica dei medici militari che spesso non dànno importanza a tali pericolose manovre. Ad esse sono da imputarsi anzitutto le complicanze flogistiche a carico dei seni annessi alla faccia, lesioni dei canali e dei sacchi lacrimali, lesioni orbitarie profonde (ascessi e flemmoni), otiti acute per lo più bilaterali con diffusione alle cellule mastoidee. Nè è raro talvolta che in seguito a queste lavande troppo violente si siano determinate tromboflebiti, specialmente a traverso il labirinto etmoidale, del sistema delle vene oftalmiche, della vena facciale e in genere di quelle della base del cranio.

È strano che queste complicazioni a carico dei seni della faccia, dell'orecchio e del sistema venoso presentino qualche volta un andamento quasi epidemico, che dipende dal fatto del prevalere di uno o dell'altro dei microrganismi nelle prime vie aeree. Così si spiega come in alcuni casi siano prevalenti le affezioni dei seni mascellari e le otiti per il pneumococco; altre volte prevalgano le meningiti, se vi è il meningococco; e altre volte si ha eresipela, o della faccia o della mucosa faringo-laringea, peculiare forma eresipelatosa del tubo laringo-tracheale studiata dal Massei. È bene dunque che i medici militari conoscano qualcosa della patologia delle prime vie aeree e dell'orecchio; e se un giorno si avesse a dettare un compendio su quanto può accadere ad un soldato e si scrivesse ciò che si deve fare in fatto di terapia, il capitolo dell'oto-rino-laringoiatria dovrebbe essere esposto con speciale ampiezza e competenza. Siamo certi che in tal modo si ridurrebbe il numero dei soldati che debbono essere eliminati dalle file combattenti per ignoranza propria o altrui, o che più tardi andranno a popolare le cliniche speciali per malattie croniche dipendenti da questo trattamento volgare.

Senza cadere in quelle esagerazioni che possono sembrare il frutto dell'amore alla propria coltura speciale, noi vogliamo che i medici militari siano bene compresi che nella tecnica operatoria delle malattie del naso, come del resto in tutta la patologia chirurgica, si è compiuto tale un perfezionamento, di cui non si trovano le tracce nei comuni trattati di medicina operatoria; d'altronde non basterebbe aver letto sui libri i diversi processi, ma occorre avere frequentato e veduto eseguirli in una clinica speciale, come occorre fare per l'oculistica.

Invero è stato tutto un lavoro di costruzione *ex novo* d'interi capitoli di patologia e chirurgia, essendosi innovati tutti i metodi d'intervento e di esame. Riguardo al naso, in questi ultimi anni, si è accresciuto il corredo molto più che per l'orecchio. Così riguardo alle anestesie, mntre si va restringendo l'uso della narcosi generale, si diffonde sempre più quella locale con cui si possono tentare interventi prima insospettati. Sono quindi sorti metodi per avere libero il campo operatorio da maschere ingombranti e si è congegnato il *metodo perorale* di Kuhn, della insufflazione bucco-faringea di Bilancioni, ecc.

Venendo alla chirurgia delle suppurazioni delle cavità accessorie nasali, siamo ben lungi dalle barbarie dei tempi in cui si asportava il mascellare superiore o si fistolizzava con maglio e scalpello a traverso gli alveoli dentari o dall'esterno; mentre oggi con trapano elettrico o con pinze osteovore e sulla guida dell'illuminazione si segue una chirurgia da un canto conservativa per l'estetica e per la funzionalità naso-

faringea, dall'altro radicale per la guarigione definitiva, molto più sicuramente raggiunta. Con gli stessi mezzi si aprono le parti più recondite del cranio, agevolandoci il sussidio dei presidi della terapia fisica mediante l'applicazione *in situ* dei raggi X, dei tubetti di radium, del mesotorium, ecc.

I progressi fatti dalla nostra specialità hanno questo merito di aver sostituito a una chirurgia demolitrice una chirurgia meno sanguinaria e meno soggetta alle complicanze settiche delle cavità vicine; abolendo le profuse lavande disinfettanti post-operative, al sublimato, all'acido fenico, ecc., fuori delle quali non si credeva vi potesse essere salvezza e che spesso erano invece foriere di cronicità delle suppurazioni e di diffusioni di processo.

Da ultimo resta a far considerare che i medici militari si assumono non lievi responsabilità, anche morali, quando debbono curare dei traumi del naso, sia rispetto ai danni transitorii che definitivi, nei militari sinistrati in guerra per rendere meno gravi i postumi e per valutare il *quantum* della deformità permanente.

In rapporto a ciò i militari dovranno essere sempre molto guardinghi di intervenire senza aver fatto una diagnosi esatta, avvertendo che molti feriti, che in principio non presentano sintomi gravi, in seguito terminano con esito letale; fine che solo indirettamente è collegata al trauma, potendo invece essere attribuita a imperfetto tamponamento, ecc.

In qualunque trauma, prima d'intervenire, il medico militare precisi una diagnosi che possa coscienziosamente sostenere e si assicuri che il soldato traumatizzato non avesse già un processo infettivo latente capace di per sè di aprire la via a un'infezione per l'intervento reso indispensabile dal trauma.

Tutti i traumi del naso, oltre a mettere in rischio la vita o immediatamente o in seguito, come tutti gl'infortuni sul lavoro, possono diminuire la capacità al lavoro o in modo temporaneo o definitivo; oppure dar luogo a deformità del volto che minorano la personalità sociale dell'individuo.

Inoltre la diminuita funzionalità olfattiva rende impossibili alcune professioni; come pure la lesione nasale può indurre mutamenti della fonetica e della respirazione (asma, fenomeni riflessi, ecc.). Infine non è da dimenticare l'*ozena traumatico* per osteite rarefacente e atrofia della mucosa con formazione di secrezione fetida che fa allontanare l'individuo dalle comunità.

Per ogni singolo caso il medico militare che avrà funzione anche di medico-perito dovrà col suo criterio sapersi districare dalle difficoltà che ancora in argomento vigono per mancanza di ben accertate deduzioni legali, le quali confortino con giudizi acquisiti la tesi del ferito. Qualche notizia in proposito si ha nella relazione di Poppi o nell'articolo di Ciampolini.

### DERMATITI NASALI

Sorvoleremo nel parlare delle più comuni dermatosi vestibolari del naso e cioè: la sicosi, la foruncolosi, l'impetigine, l'eczema e l'acne pustoloso per non uscire troppo fuori dal nostro argomento; ma dal punto di vista della chirurgia d'urgenza è necessario porre in avviso i chirurgi militari di combattere queste lesioni caratterizzate dalla costante presenza dei comuni piogeni e specie dello stafilococco dorato e dello streptocco, donde la facile comparsa nei soldati di linfoangioiti ed eresipele e talora tromboflebiti della facciale che per la vena oftalmica può propagarsi ai seni della dura madre. Queste dermatosi poi nelle ferite accidentali del naso potranno essere causa d'inaspettate complicazioni.

Nei soldati addetti all'artiglieria, ai treni e ai campi di concentrazione del bestiame si incontrerà spesso la pustola maligna, la forma più frequente del carbonchio ematico. Il germe del carbonchio penetra sempre nella pelle del naso a traverso una ferita od una lieve escoriazione, producendo rapidamente una piccola vescichetta ripiena di liquido sieroso misto a sangue od a poca marcia o pus che presto nella sua parte centrale si deprime e si trasforma in una crosta nera, mentre la pelle all'intorno si rigonfia e si arrossa notevolmente. Talvolta il gonfiore e l'arrossamento della pelle si estendono dalla faccia al collo, al petto ed anche alla schiena. Ove non s'intervenga con una cura pronta ed efficace, i germi del carbonchio possono diffondersi sempre più ed invadere l'organismo, producendo una malattia generale con perdita di appetito, forte dolore di testa, vomiti, febbre alta, debolezza sempre crescente, finchè il soldato viene a morire.

Va pure ricordato fra le più frequenti alterazioni, in alcune zone molto elevate e nella stagione invernale, il congelamento seguito da necrosi e talora da parziale distacco delle parti molli del naso, per lo più fin quasi alla linea di demarcazione dell'impalcatura osteo-cartilaginea. Come esito, sia della pustola maligna che del congelamento, si possono avere delle cicatrici profonde e retrattili che daranno luogo a ectropion, stenosi del canale lacrimale, ecc.

### EPISTASSI

Le emorragie nasali rappresentano nella casistica del pronto soccorso militare una cifra abbastanza rilevante fra alcune truppe combat-

tenti (alpini, doganieri, artiglieria da montagna, ciclisti, esploratori, soldati del genio, aviatori, aereostieri) e fra le reclute non ancora allenate alle marce e allo zaino e fra i soldati in genere che furono esposti in ripetute battaglie alla permanente irritazione della polvere delle strade rotabili, al fumo delle polveri piriche esplose ed alle esalazioni di gas asfissianti ed esplosivi.

Naturalmente vi saranno più soggetti quegli individui che alla visita medica di arruolamento non furono sottoposti ad un rigoroso esame delle prime vie respiratorie, eliminando quelli affetti da deviazione e varici del setto osteo-cartilagineo nasale, da riniti vasomotorie ed ipertrofiche, da ulcerazioni specifiche della mucosa e della impalcatura scheletrica nasale, da vegetazioni adenoidi.

Specialmente in alcuni mestieri (metallurgici, fonditori, vetrai, tornitori, cementisti, ecc.) è comune la rinite secca, affezione caratterizzata prima da una atrofia del rivestimento epiteliale e poi da escoriazioni ed ulcerazioni del setto. La polvere inspirata e il muco formano delle croste tenacemente aderenti alla superficie ulcerata, distaccandosi le quali comparisce l'epistassi. Ma anche quando non è ancora ulcerata la mucosa del setto sono già assai dilatate alcune venuzze sulla parte anteriore di esso (varici) che facilmente sanguinano appena si tocchino con uno specillo e con l'unghia del dito, soffiandosi il naso, facendo un'ascensione in montagna, starnutendo, mangiando sostanze troppo calde, ecc.

Sarebbe bene che alla visita di arruolamento non ci si limitasse ad escludere soltanto le malattie organiche conclamate; ma si procedesse con più rigore all'esame del sangue per escludere dal servizio attivo dell'esercito coloro che presentino le caratteristiche dell'anemia, della porpora, della leucocitemia, della emofilia, ecc., onde non avere fra le file individui che alle prime azioni belliche debbono venire riformati fra le tante altre ragioni per epistassi.

Dinanzi ad una emorragia nasale, occorrerà che il medico militare prima di decidersi ad arrestare l'emorragia, qualunque sia il posto dove egli funziona (ospedale da campo, sezione di sanità, ecc.), si faccia un'idea chiara sull'origine di essa, potendo variare da caso a caso il trattamento e la validità provvisoria e definitiva della cura. Si capisce infatti che l'epistassi dipendente da malattie costituzionali consigli di congedare il soldato, mentre ciò sarebbe biasimevole qualora si trattasse di banali lesioni delle narici per cui i soliti metodi di emostasi locale faranno subito giustizia dell'emorragia, restituendo uomini validi nelle file dei combattenti.

I medici militari siano edotti che le emorragie spontanee del naso, come sono in genere più frequenti nel maschio al periodo della pubertà (su 367 epistassi Rosemberg ne segnalò 247 nell'uomo e 120 nella donna), così si presentano in grande numero fra le reclute da poco allenate alle dure fatiche della guerra. Queste epistassi spontanee hanno sede sulla parte anteriore-inferiore del setto cartilagineo, territorio irrigato dalle diramazioni dell'arteria ascendente del setto, branca interna della sfeno-palatina (arteria dell'epistassi).

Negli individui affetti da epistassi spontanee si veggono all'esame rinoscopico, fra un intervallo e l'altro dell'emorragia, sulla parte anteriore del setto, alcuni vasi ectasici e nodulini bluastri simili a varici, talvolta grossi come teste di spillo. I soldati che vanno soggetti ad epistassi spontanea sovente accusano dei prodromi (congestione e pesantezza di testa, rumori agli orecchi, vertigini) e l'emorragia per lo più è molto abbondante, quasi irrefrenabile. Come regola generale si tenga per detto che qualunque tamponamento, nei soldati affetti da epistassi spontanea, può essere causa d'infezione tanto delle cavità accessorie del naso quanto dell'orecchio e che perciò non dovrà essere eseguita che nei casi in cui essa sia così violenta e l'anemia consecutiva tanto grave da non permettere di vedere il punto sanguinante della mucosa nasale.

Venendo senz'altro al trattamento dell'epistassi, si abbia anzitutto per massima che un trattamento energico e pronto s'impone sempre nei soldati soggetti in genere a enormi fatiche ed esaurimento di forze, per cui ogni goccia di sangue perduto compromette la loro validità e resistenza. Anche quando l'emorragia è moderata e di data vicina, non si attenda che si arresti spontaneamente quasi che fosse un flusso salutare da rispettarsi e non ci si contenti di consigliare al paziente la compressione, con l'indice, dell'ala nasale contro il piano resistente del setto e le irrigazioni di acqua calda salata a 45° o 50° che arrestano solo provvisoriamente l'emorragia. Nemmeno ci si affidi all'introduzione nelle narici di tamponi di ovatta intrisi in acqua ossigenata, in soluzioni di antipirina e ferripirina al decimo, nell'acqua del Pagliari, ecc. Si conti poco sulle proprietà vaso-costrittrici delle soluzioni di cloruro d'adrenalina al millesimo, di cocaina, novocaina, eucaina al decimo, talora miste assieme, essendo la loro azione transitoria e per lo più seguita da una dilatazione maggiore dei vasi e quindi da più profuse e infrenabili emorragie. Si protesti in ogni modo contro il barbaro e volgare sistema di

tamponamento del naso con cotone intriso nel percloruro di ferro enormemente irritante, che produce vaste e profonde escare della mucosa nasale.

Il trattamento curativo dell'epistassi deve, in tesi generale, fondarsi sul riconoscimento rinoscopico del vaso o della regione sanguinante, tenendo sempre presente che il luogo di elezione dell'epistassi è il setto. Lo scopo poi della cura essendo quello di trasformare in tessuto di cicatrice la regione sanguinante c'induce a ricorrere, se l'emorragia lo permette, alla cauterizzazione che è il metodo di scelta o col galvano-cauterio portato al rosso, o con la perla di nitrato d'argento, o con l'acido cromico, o con l'acido tricloroacetico, ecc.

Ma bisogna contemplare anche i casi di epistassi traumatiche (accidentali o chirurgiche), idiopatiche (parossistiche, della pubertà, da variazioni di temperatura e di pressioni atmosferiche), sintomatiche (affezioni renali, malattie di cuore, discrasie, intossicazioni) in cui la perdita di sangue è così violenta e imponente d'essere costretti senza ritardo al tamponamento delle fosse nasali.

Numerosi sono i metodi consigliati per praticare il tamponamento anteriore; il più semplice dei quali consiste nell'introdurre nella narice sanguinante una lunga striscia di garza larga 2 centimetri sotto la guida dello *speculum* e dello specchio frontale fino a quanta ne può essere affondata. A questo scopo sono ottimi i rotoli di garza al vioformio preparati da Hartmann e Guarneri di Pavia. Questo tamponamento sarà lasciato in posto almeno 48 ore e poi estratto con la maggior delicata lentezza favorendone il distacco dalle pareti con istillazioni di acqua ossigenata.

Nei casi di epistassi non molto gravi e dipendenti da ulcerazioni varicose del setto saranno efficacissimi i tamponi compressi introdotti nelle narici e fatti lentamente rigonfiare con acqua ossigenata fino ad occludere completamente le cavità nasali. I tamponi compressi sono assai superiori all'apparecchio di Howard consistente in una borsa di cautchouc che s'introduce nel naso, si rigonfia d'aria al massimo e si mantiene così distesa con una vite. Questo istrumento è mal sopportato, nè si trova in dotazione negli armamentari chirurgici militari.

Una particolare modalità di tamponamento nasale anteriore è quella a piani sovrapposti, straordinariamente semplice e rapido e altrettanto efficace di Geronzi, che noi raccomandiamo senza alcuna riserva. Si preparano 4-5-6 portastuelli fatti di due fili di rame inargentato e ravvolti a spira come si usa nella nostra Clinica, discretamente forti e nuovi; si preparano con del cotone altrettanti tamponi più o meno lunghi e più o meno grossi; a traverso lo *speculum* ne introduciamo un primo sul pavimento nasale, poi un secondo al disopra del primo e quindi un terzo.

Ordinariamente al terzo tampone, qualche volta al secondo, la cavità nasale non è più visibile attraverso lo *speculum*. Rigirando allora i porta stuelli in senso inverso a quello con cui sono stati montati, si sfilano dai corrispondenti tamponi, ciò che è sempre facilissimo purchè i porta stuelli siano nuovi e non siano stati curvati. Con una tenta, con uno specillo robusto, con la costa di una pinza nasale o con qualunque istrumento adatto, facendo pressione sulla faccia superiore dell'ultimo tampone, spingiamo la massa dei tamponi con forza contro il pavimento nasale. Ciò fatto si riesce a poter introdurre un altro tampone e poi ancora un altro, sfilarne i relativi porta stuelli e nuovamente assestarli e così di seguito finchè è possibile.

Relativamente al tamponamento posteriore, il più saggio consiglio da darsi ai medici militari è quello di praticarlo il meno possibile, essendo non solamente fastidioso, ma molte volte seguìto da complicazioni flogistiche dell'orecchio e delle cavità annesse del naso, da tromboflebiti e setticopiemie. Solo adunque quando non si riesce a frenare un'epistassi col tamponamento anteriore si ricorrerà a quello posteriore. Ma si guardi bene d'adoperare la sonda di Belloc, difficile a disinfettarsi e che purtroppo fa parte ancora delle buste chirurgiche portatili militari. Il metodo più semplice per eseguire il tamponamento posteriore è il seguente:

S'introduce nella narice una sonda molle uretrale (n. 10) fino alla parete posteriore della faringe; quando avrà girato intorno al margine libero del palato se ne afferra l'estremità con una pinza ricurva e si trascina nella cavità della bocca. Negli occhielli che si trovano all'estremità della sonda si faranno passare e si annoderanno due capi del doppio filo di refe fissato attorno ad un tampone di garza sterile di forma ovalare e di dimensioni proporzionate alla coana che dovrà essere ermeticamente ostruita. Si ritira allora dal dietro in avanti la sonda in modo che anche il tampone venga tirato nel cavo naso-faringeo, dove l'indice della mano destra lo calcherà con forza contro l'orifizio posteriore della fossa nasale. Allora si seziona il doppio filo che è fissato alla sonda per riannodarlo di nuovo sopra un altro tamponamento eseguito anteriormente e proporzionato al calibro della narice. Gli altri due fili del tampone faringeo rimasti liberi nella bocca sono annodati e fatti circondare il padiglione dell'orecchio.

Si capisce che questo doppio tamponamento antero-posteriore è destinato a togliere qualunque via di uscita al sangue raccolto nella fossa nasale e a coagularlo. Dopo 24 ore cominceremo a provare a togliere il tamponamento anteriore e se l'emorragia non ricompare il giorno successivo, con trazione lenta eseguita sui fili rimasti fuori della bocca, dislocheremo il tampone posteriore dal cavo naso-faringeo.

Naturalmente la cura locale sarà integrata o sussidiata da quella generale: clisteri di gelatina emostatica, iniezioni di ergotinina Tauret o di siero normale eterogeneo (Belfanti).

CONTUSIONI

Fra le lesioni traumatiche propriamente dette una delle più banali è la contusione determinata o da caduta o da colpi ricevuti in colluttazione e anche dagli stessi proiettili morti. La contusione ora sarà semplice, riconoscibile da una ecchimosi, da un ematoma di varia estensione che dopo breve tempo dal trauma si diffonde dalla radice del naso alla parte interna delle palpebre; ora invece sarà complicata da fratture e lussazioni sia delle ossa nasali, sia del setto osteo-cartilagineo, per cui avremo anche epistassi, ematomi del setto, disturbi dell'olfatto, fenomeni riflessi e persino commozione cerebrale. Nelle contusioni nasali non bisogna essere tanto corrivi nel giudicare da nulla il trauma. D'altra parte non si può pretendere da un medico militare, che in certi momenti dovrebbe moltiplicarsi tanti sono i feriti da soccorrere, ch'egli al primo esame sommario di una contusione nasale abbia il tempo e i mezzi per diagnosticare se essa è semplice o complicata; per il momento consiglierà riposo e vigilanza per almeno 48 ore con applicazione sulla regione dorsale del naso della vescica di ghiaccio e impacchi freddi.

*(Continua).*

Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico:*

PROF. G. RAIMOLDI

**I metodi per lo studio delle funzioni renali.**

Questa interessante pubblicazione riassume brevemente la tecnica di tutti i metodi di esplorazione funzionale, che sono stati man mano proposti ed applicati da numerosi sperimentatori e illustra in modo particolare i metodi più recenti quali la *costante di Ambard*, i *coefficienti di Martinet* e il metodo della *eliminazione provocata per mezzo della ftaleina.*

L'opera è altresì corredata dalle conclusioni tratte da un numero notevole di esperimenti eseguiti su individui normali e su malati.

Un volume in 8° di pag. VII-269, in commercio **L. 7,50**; per i nostri associati sole **L. 5**, franco di porto e raccomandato.

# NOTE E CONTRIBUTI.

**Laboratorio batteriologico della Sanità Pubblica**
diretto dal prof. B. GOSIO.

## La reazione termoprecipitante nella diagnosi della dissenteria bacillare.

Nota preliminare del dott. A. MISSIROLI.

Eseguendo una serie di ricerche sulla dissenteria bacillare ho potuto preparare da colture in brodo di 24 ore degli estratti precipitinogeni termostabili, che stratificati sopra siero di animali immunizzati col tipo Shiga davano i risultati trascritti nella tabella seguente:

| Tipo bacillare in esperimento | Immunsiero | siero normale |
|---|---|---|
| Shiga . . . . . | +++ | — |
| Flexner . . . . | + | — |
| Strong . . . . . | — | — |

La reazione zonale pel tipo Shiga-Kruse è istantanea e dà luogo ad un anello che ingrossa rapidamente, mentre pel tipo Flexner tale anello, pur essendo evidente, non dà mai luogo ad una reazione così spiccata come pel primo caso.

Cogli estratti bacillari del tipo Strong la reazione è negativa (1).

Il fatto che gli estratti dei due primi tipi contengono una sostanza termoprecipitante che reagisce con un immunsiero anti-Shiga si spiega con le reazioni di gruppo che si notano spiccatissime per i b. dissenterici, specie pel gruppo acidogeno (Flexner; Strong; Hiss-Russel).

La possibilità di ottenere sieri precipitanti pel bacillo dissenterico e di estrarre un precipitinogeno dal protoplasma batterico di questi germi oltre ad avere un'importanza teorica, potrebbe avere una pratica applicazione nella diagnosi della dissenteria.

È noto come per il bacillo pestoso e per il bacillo carbonchioso sia stato possibile estrarre sostanze termoprecipitanti dalle feci degli animali infetti, per cui è presumibile che per la dissenteria, che è sopra tutto una malattia dell'intestino crasso, e precisamente della mucosa, si possa estrarre dalle feci un precipitinogeno termostabile.

Nella dissenteria le deiezioni, che dapprima sono consistenti, perdono rapidamente questo carattere: le evacuazioni si fanno sempre più frequenti e scarsissime di materiale, costituito di muco commisto con più o meno sangue.

Se si prende un fiocchetto di quel muco nei casi recenti di dissenteria, si trova il bacillo

(1) Non mi è stato possibile avere il tipo y di Hiss-Russel.

dissenterico quasi in coltura pura, in gran parte racchiuso nei corpuscoli di pus.

Prendendo quindi questi fiocchetti di muco e sbattendoli prima con palline di vetro in modo da disgregarli finamente si potrà, aggiungendo quattro-cinque volumi di soluzione fisiologica, e scaldando a bagno-maria a 100° per 10-15 minuti, estrarre il precipitinogeno batterico per le successive prove diagnostiche.

Naturalmente la prova va corredata coi dovuti controlli (1).

Nel pubblicare questa breve nota mi riprometto di rendere noto quanto prima è possibile il risultato di ricerche da compiersi direttamente sulle feci dissenteriche e dissenteriformi.

## Ricerche preliminari sulle azioni delle tossine microbiche

per il dott. MAHOKIAN.

Queste ricerche, interrotte in seguito a circostanze sfavorevoli inattese, non hanno il merito di essere definitive e la loro prematura pubblicazione è motivata più dal desiderio di attirare l'attenzione su alcuni punti di qualche interesse che dalla certezza dei risultati ottenuti: il tempo materiale e le risorse per la prosecuzione ulteriore di questi studi sperimentali essendo il sostrato per una durata, di cui non è in nostro potere di precisare il termine. Tali ricerche sono state effettuate *in vitro* ed *in vivo* con una certa preferenza pel secondo metodo e sono state eseguite con tutte le precauzioni necessarie.

I gruppi di animali, adibiti per gli esperimenti, come controllo e come soggetti principali, sono stati scelti e mantenuti nelle condizioni identiche, in modo che tutti partecipassero agli stessi vantaggi e svantaggi, qualche volta inevitabili in parecchie ricerche: verificandone il peso, lo stato generale ecc. e sottomettendoli all'osservazione dal principio degli esperimenti alla eventuale morte, seguìta dall'autopsia. Tossine, antisieri, agenti e mezzi diversi sono stati controllati prima della loro utilizzazione e le dosi sono state fissate anche il più rigorosamente possibile.

Le ricerche sono portate sull'azione reciproca delle tossine provenienti dai microbi di differenti specie e mostrano che alcune di esse s'influenzano reciprocamente, attenuando o esaltando l'azione propria a ciascuna di esse. La tossina tetanica, per esempio, attenua sensibilmente l'azione di quella difterica, aumentando del doppio la durata di sopravvivenza delle cavie iniettate con dosi mortali di tossina difterica; e mentre i testimoni inoculati con la sola tossina difterica soccombono in 30-35 ore, gli animali trattati con le due tossine simultaneamente sopravvivono ad essi di 35-40 ore. Il contrario è stato osservato per la tossina tetanica, se non nello stesso grado; per lo meno, non è molto lontana dall'abbreviare di circa 1/3 la vita degli animali che hanno ricevuto nello stesso tempo tossina tetanica e difterica. Sicchè i soggetti aventi la sola tossina tetanica in dose mortale soccombono in 75-80 ore, e quelli inoculati con le due tossine insieme muoiono dopo 50-55 ore: dunque la tossina tetanica attenua l'azione della tossina difterica, questa esalta l'azione di quella.

In tali esperienze una delle due tossine è certamente sempre somministrata in dose mortale; invece quella di cui si vuol provare e precisare la natura e il grado d'azione è inoculata a dose ridotta o mortale, perchè anche a dosi mortali le tossine di prova s'influenzano reciprocamente attenuando o esaltando la loro rispettiva azione, benchè ad un grado minore.

Queste ricerche furono estese anche alle endotossine, ma senza poterne ottenere risultati precisi, perchè le esperienze sventuratamente dovettero essere interrotte.

Alcune tossine solubili modificano il potere antitossico dei sieri. Così, prendendo come tipo le tossine summenzionate, la tossina tetanica iniettata con il siero antidifterco a cavie che hanno ricevuto in precedenza una dose mortale di tossina difterica, accentua sensibilmente il potere antitossico del siero stesso, anche iniettato 8-9 ore dopo l'inoculazione della dose difterica mortale; e mentre le cavie di controllo, trattate nelle identiche condizioni, allo stesso modo, ma senza aggiungere la tossina tetanica al siero antidifterico, s'appesantiscono con leggiera elevazione termica, alle volte mostrando anche un certo grado di paresi alle membra, che svanisce è vero assai presto, gli altri animali continuano la loro vita normale, o presentano raramente una leggera debolezza alle membra, senza però punto arrivare ad un grado di paresi.

L'azione inversa è esercitata dalla tossina difterica iniettata simultaneamente con il siero antitetanico ad animali che avevano ricevuto dosi mortali di tossina tetanica.

Sarebbe interessante sapere se il siero antitetanico esalta l'azione della tossina difterica, e se il siero antidifterico attenua quella della tossina tetanica o resta indifferente.

Lo scrivente si è domandato se le tossine influenzano e in che maniera l'attività dei batteri, e le ricerche cominciate in questo senso sembrano dimostrare che i batteri manifesterebbero una vitalità relativamente più grande nei mezzi

(1) L. MISSIROLI. *La reazione della termoprecipitina nella diagnosi della peste.* Pathologica, 1° luglio 1914.

ai quali si sarebbero aggiunte deboli tracce di tossine proprie ad essi ed alle volte anche di provenienza estranea. Ciò fa pensare che esiste una somiglianza tra gli enzimi e le tossine, ed eventualmente anche una proprietà che favorisce la proliferazione di alcuni batteri a coltura difficile, per esempio, quello della lebbra, che si è cercato di coltivare a sua volta separatamente in brodo glicerinato contenente una debole proporzione di filtrato derivante da succo di lesioni lebbrose ricche di bacilli di Hansen (lo stesso che è servito per la coltura) e ultrafiltrato, fortemente diluito d'una coltura in brodo glicerinato di bacilli tubercolari.

Non avendo potuto ripetere l'esperimento non siamo in condizioni di poterne trarre una conclusione; ma l'ultimo mezzo sembra meno disadatto al fine proposto.

Questa osservazione, rimasta isolata, farebbe supporre che le secrezioni del bacillo lebbroso, ancora così male conosciute, sarebbero piuttosto aderenti, mentre quelle del bacillo tubercolare sono aderenti e diffusibili, e queste ultime — secrezioni diffusibili — sarebbero le più attive, almeno nel nostro caso particolare.

Capri (Napoli), 25 luglio 1915.

Queste esperienze sono state eseguite parte in Egitto, parte al Laboratorio centrale dell'Ospedale Beaujon a Parigi.

## Per la pulizia dei nostri soldati.

La stagione fredda cui si va incontro deve farci porre e risolvere un problema di non trascurabile importanza per la salute dei nostri soldati: la pulizia del loro corpo. Fino ad ora essi hanno utilizzato per bagnarsi i corsi d'acqua che sono numerosi nella zona di guerra. Ora ciò non è più possibile. Ma intanto non è meno imperioso il bisogno di una rigorosa pulizia, il bisogno di liberare la pelle da tutto quel sudiciume che rapidamente si deposita sulla pelle di chi è costretto a rimanere lungo tempo con gli stessi abiti.

Se si vogliono diminuire i pericoli d'infezione delle ferite, se si vuole impedire la pediculosi e fare quindi un'efficace profilassi del tifo esantematico, se si vuole che la funzione della pelle si compia liberamente, se si vuole insomma che le nostre truppe mantengano uno stato sanitario buono conviene provvedere alla loro pulizia.

Per i soldati che vengon fuori dalle trincee un'abbondante pulizia del corpo più che utile è indispensabile.

Nelle trincee e nelle località dove non è possibile impiantare un qualsiasi bagno a doccia o a vasca si può in certo modo supplire con le lavande con l'alcool. Le lavande di alcool fatte su tutto il corpo avrebbero certo dei vantaggi incalcolabili: la cute vien digrassata e disinfettata, i pori delle glandule liberati, la circolazione cutanea fortemente attivata. Con tal sistema si verrebbe ad ottenere effetti igienici forse anche maggiori di quel che si otterrebbero con un bagno di acqua, specie se invece dell'alcool puro si usassero le soluzioni alcooliche di quelle sostanze (bergamotto, anisolo, finocchio, anice, garofano, eucalitto) che la esperienza ha dimostrato capaci non solo di uccidere i pidocchi e le loro uova, ma anche di tenerli lontani dalla pelle.

Non ci si deve però dissimulare che la spesa necessaria per fornire in quantità sufficiente per tutto l'esercito l'alcool e le dette sostanze non sarebbe trascurabile. Con minore spesa le lavande si potrebbero limitare ai piedi, alle natiche, alle spalle, al pube ed alle ascelle. Dette lavande parziali sono assolutamente indispensabili per i soldati che si trovano in trincea.

Le frizioni alcooliche ai piedi costituiscono d'altra parte un ottimo preservativo per le congelazioni.

Ad ogni modo là dove è possibile bisogna impiantare dei bagni. Non è necessario che il bagno sia fatto in vasca, è sufficiente quello a doccia. Tutto sta a provvedere dell'acqua calda e del buon sapone.

In Francia hanno escogitato ed applicato parecchi sistemi. Naturalmente conviene sfruttare tutto ciò che è a portata di mano ed in ciò si rivelerà l'ingegnosità del medico reggimentale.

Un sistema semplicissimo è quello di situare in alto in un ambiente qualsiasi un recipiente di ampie dimensioni riempito d'acqua calda, che si può facilmente ottenere dalle cucine da campo. Nel recipiente pesca un tubo di gomma che funzionando da sifone può essere manovrato da qualsiasi soldato che aspergerà dell'acqua calda il corpo dei bagnanti. Questi naturalmente faranno sul loro corpo un'abbondante saponata.

L'unico inconveniente di questo sistema consiste nella difficoltà di sollevare l'acqua calda nel recipiente situato in alto. A ciò si può provvedere o a mezzo di una pompa, o, quando non riesca possibile procurarsela, facendo riempire il recipiente dai soldati a mezzo di una scala.

Un altro sistema è il seguente: si pratica nel fondo di un secchio comune un foro ed a questo si applica, mediante stagnatura, l'aspersoio di un inaffiatoio, o, in mancanza di questo, una scatola di carne vuota il cui fondo sia stato precedentemente crivellato. Tanto questa che quella sono chiuse dalla parte interna del secchio, mediante un tappo legato ad una cordicella che gira attraverso ad una carrucola o ad un chiodo

ad anello sospeso al soffitto. Anche il secchio è sospeso al soffitto con lo stesso sistema. Il secchio vien riempito d'acqua calda e sollevato al soffitto tirando la corda cui è attaccato. Il bagnante si mette in una tinozza sotto il secchio e quindi egli stesso tira la cordicella legata al tappo che chiude il fondo del secchio: l'acqua così defluirà attraverso i fori dell'inaffiatoio.

Ma qaundo si avesse bisogno di fare un impianto per i bisogni di molti soldati, e si potesse avere i mezzi per costruirlo si potrebbe innestare ad un grande recipiente situato in alto una conodtta di piombo che distribuisce l'acqua a numerose doccie situate in una camera.

Per quel che riguarda lo scolo dell'acqua di rifiuto non è necessario che essa si faccia regolarmente. Si provvederà alla meglio.

Nelle retrovie, nella zona di guerra lontana dal campo di battaglia e dalle trincee il bisogno della pulizia dei soldati può essere meno impellente, ma è pur certo necessario per conservare ottimo lo stato di salute delle truppe adibite ai servizi logistici o ammassate per sostituire o dare il cambio a quelle che si trovano al fronte.

Certo qui è possibile provvedere più convenientemente all'impianto di bagni nelle caserme o in altri edifizi che è più facile avere a disposizione. Purtuttavia qualche volta anche nelle retrovie s'incontra al riguardo qualche difficoltà che potrebbe essere eliminata mediante la istituzione dei così detti treni-bagni.

In Polonia dove le operazioni si svolgono in lande senza risorse, dove per chilometri non si incontra un casolare, i russi hanno adoperato questi treni-bagni che essi fanno circolare fino in vicinanza del fronte.

Si tratta di convogli formati di vagoni-merci attraverso i quali passa una conduttura analoga a quella adoperata per la trasmissione del vapore per il riscaldamento delle vetture dei treni ordinari. Ogni vagone ha quattro o sei apparecchi a doccia. L'acqua calda vien fornita sotto pressione dalla macchina che traina il treno e nel caso questo fosse molto lungo anche da un'altra macchina posta in coda. L'acqua di rifiuto viene raccolta in una tinozza situata sotto ciascuno dei getti a doccia, o viene anche espurgata a misura che cola, attraverso fori praticati nel pavimento dei vagoni.

Al treno può essere attaccata qualche vettura speciale per il trattamento della scabbia ed anche una stazione di disinfezione per la rapida disinfezione degli abiti dei soldati mentre questi praticano la pulizia del loro corpo.

Non è dubbio che nella nostra zona di guerra l'adozione di tali treni sarebbe utilissima. Se ne potrebbero far circolare moltissimi e farli sostare nei binari morti delle stazioni; si potrebbe così provvedere alla pulizia dei nostri soldati, pulizia tanto più necessaria oltre che per ovvie ragioni che non giova ripetere, anche perchè l'avvicinarsi dell'inverno non ci premunisce contro quella terribile piaga degli esericiti che è il tifo esantematico, che miete le sue vittime indifferentemente in tutte le stagioni. Il contatto con le truppe austriache che hanno già sentito i malefici effetti di questa infezione ci deve fare essere guardinghi e non ci deve fare sostare dinanzi a qaulsiasi difficoltà o spesa s'incontri per la la efficace profilassi del terribile morbo.

Riassumendo: le lavande totali o parziali di alcool a 70° fatte dai soldati nelle trincee riusciranno un buon mezzo di pulizia, un ottimo preservativo per le congelazioni dei piedi, e quando invece dell'alcool si adoperino soluzioni alcooliche di sostanze pediculicide si otterranno gli stessi effetti ed insieme si farà una sicura profilassi del tifo petecchiale.

Come sono necessarie tali lavande, è indispensabile l'adozione dei treni-bagni. È stato possibile istituirli in Russia, lo sarà anche in Italia. Confidiamo che l'autorità, cui spetta di provvedere, darà le disposizioni del caso; gli ingegneri e gli operai delle nostre officine ferroviarie che hanno saputo trasformare le vetture in sale ospitaliere, le sapranno anche trasformare in sale da bagno: e faranno presto e bene.

G. DRAGOTTI.

## L'abuso dei disinfettanti.

Spesse volte mi è accaduto di osservare tra i medici pratici, ed in genere tra quelli che non si sono specializzati nello studio e la pratica della lotta contro le epidemie, come prevalga il concetto fondamentale che le misure di disinfezione con mezzi chimici debbano essere larghe e generose, e che nel consumo dei disinfettanti non si debba badare ad economie. Questo concetto che considerato in sè è certamente giusto, può facilmente portare ad esagerazioni pericolose che mi sembra doveroso segnalare e combattere. Un egregio medico, valoroso operatore, proponeva recentemente di inaffiare tutte le strade con la creolina in un comune rurale semplicemente minacciato da epidemia: un altro collega pratico stimato, in una cittadina dove ancora la salute pubblica era ottima, voleva assolutamente far procedere *illico et immediate* alla disinfezione metodica casa per casa onde risanare tutte le abitazioni! Ora basta riflettere alla parola stessa *disinfezione* per comprendere che essa si prefigge lo scopo di distruggere i germi patogeni e di rendere innocui i materiali infettanti. Fa

d'uopo quindi distinguere nettamente tra *disinfezione* e *risanamento* per il quale si indica quel complesso di opere che intendono a modificare l'ambiente in modo che i suddetti germi non vi possano attecchire, moltiplicarsi e diffondersi.

Il risanamento dell'ambiente deve essere opera diuturna ed usuale, ed è efficacissimo per la profilassi di ogni morbo infettivo. La pulizia giornaliera della persona e della casa, la tenuta igienica costante del cortile, delle stalle e dei letamai nelle abitazioni di campagna, costituiscono appunto le più semplici ma anche le più importanti misure di risanamento. Debbono essere quotidiane e le loro armi principali sono la scopa e lo strofinaccio, l'acqua ed il sapone. La disinfezione chimica invece costituisce uno dei mezzi più potenti di cui disponiamo per combattere l'infezione in atto, ed anche in tale contingenza, non è logico generalizzarla, nè si deve usarla a casaccio anche dove secondo ogni probabilità materiali infettanti non esistono. Sono passati i tempi in cui si agiva ciecamente contro le malattie infettive: per nostra fortuna delle più importanti fra esse conosciamo le cause e sorgenti di infezione, il modo di diffusione, la resistenza dei germi relativi, e quindi sappiamo dove e come dirigere le nostre armi onde esse riescano più sicuramente efficaci. Si dirà che generalizzando ed intensificando le misure di disinfezione si è più sicuri di distruggere tutti i germi dovunque essi possano trovarsi: orbene chi ha pratica di epidemie sa che tale opinione è errata inquantochè anche in questo caso la quantità va a scapito della qualità. È evidente che le misure di disinfezione generalizzate riescono, sarei per dire, più *diluite* e quindi meno energiche ed efficaci appunto dove la *materia peccans* si trova. Con esse si avrà un grande dispendio di energie, un enorme consumo di disinfettanti ed un risultato minimo. L'uso dei disinfettanti non deve quindi degenerare in abuso o per dir meglio in mal uso. È a tutti noto che i capisaldi della lotta contro le epidemie sono la denuncia, l'accertamento della diagnosi, l'isolamento e le disinfezioni, ai quali si sono aggiunte da qualche anno la ricerca metodica dei portatori e le vaccinazioni. E bene a proposito la disinfezione è citata l'ultima della serie, non perchè essa sia la meno importante, ma perchè tale misura deve esser impiegata subordinatamente alle prime. Purtroppo la coscienza umana tende sempre a trovare scuse a sè stessa e si addormenta volentieri nella persuasione del dovere compiuto. Spesse volte sindaci ed ufficiali sanitarii sono convinti di aver fatto quanto era in loro potere nell'interesse della salute pubblica provvedendo largamente di disinfettanti i depositi, ed ordinandone un uso abbondante fatto magari da guardie ignoranti o incompetenti in materia: un forte odore di acido fenico o di cloruro di calce inganna il profano che si crede protetto. Ricordo la soddisfazione del sindaco di un comunello indenne che avendo ricevuto parecchie damigiane di lisoformio, ne aveva profumato sgradevolmente tutto il paese: due giorni dopo si verificò il primo caso e di lisoformio non ve n'era più nemmeno una goccia.

È una regola logica e semplice quella di riservare la disinfezione per dove e quando infezione c'è o si sospetta esserci: ma ritengo opportuno ricordarla appunto perchè la vedo troppo spesso dimenticata anche da chi, pur tecnico ma timoroso della responsabilità, desiderando di fare *molto*, finisce quasi sempre per non fare *bene*.

Dott. G. HOFFER.

# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### Il trattamento delle ferite d'arma da fuoco del midollo spinale.

Le ferite d'arma da fuoco del midollo spinale, osserva Guleke (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n. 15) offrono quasi sempre uno dei quadri più gravi e più rattristanti. Fin dal momento in cui sono colpiti i poveri feriti rimangono paralizzati, incapaci di muoversi, di provvedere ai loro bisogni, alla loro pulizia. In poco tempo, spesso in pochi giorni muoiono per meningite, per infezione ascendente delle vie urinarie, per decubiti che si manifestano e si diffondono rapidamente, per sepsi generali ed altri fatti secondarî. La guarigione è rarissima e si ha solo quando la lesione midollare è relativamente leggera.

Tuttavia abbandonare senz'altro questi feriti senza nessun tentativo chirurgico non è giusto. Bisogna tener presente che il quadro anche di una lesione midollare può essere in rapporto ad una semplice compressione di una scheggia vertebrale, la cui rimozione può restituire la integrità anatomica e funzionale del midollo.

Questo può essere completamente spappolato, trapassato, schiacciato dal proiettile o da frammenti ossei, o essere anche semplicemente compresso. La pressione può essere solo momentanea, transitoria nell'atto che il proiettile passa attraverso il rachide, o essere permanente quando il proiettile rimane nel canale vertebrale o vi è spostamento di parti ossee fratturate.

Fare una diagnosi del grado e della natura della lesione midollare in base alla sintomatologia clinica ed anche a mezzo della radioscopia non è possibile. Una tale diagnosi non può farsi se non mettendo allo scoperto il punto colpito.

La laminectomia quindi si impone in ogni caso. Nei casi nei quali il midollo si troverà spappolato o comunque molto leso l'intervento sarà stato inutile ma non dannoso, l'operazione non eserciterà alcuna influenza sull'esito fatale dell'affezione. Ma nei casi nei quali la funzionalità del midollo può ritornare sol che si rimuova il proiettile o il frammento osseo che lo comprime senza averlo sostanzialmente leso, l'intervento riuscirà utilissimo. È inutile dire che il trattamento deve essere precoce per evitare irreparabili degenerazioni secondarie.

La laminectomia nelle ferite d'arma da fuoco del midollo spinale per un operatore esercitato dal punto di vista tecnico è molto semplice, specialmente quando si faccia l'anestesia locale. Il livello della lesione si determinerà facilmente ricostruendo il canale della ferita quando vi sia il forame di entrata e di uscita del proiettile, ritrovando le eventuali fratture delle apofisi spinose, oppure con l'esame radioscopico quando il proiettile sia rimasto nel rachide. Un'appropriata tenaglia da ossa di Luer è lo strumento più sicuro e meno distrutore per mettere allo scoperto il midollo ed asportare i frammenti ossei, che il più delle volte sono numerosi. La ferita si chiude primariamente, ma se vi sono cavità ossee (specialmente nelle lesioni da shrapnell o da granata) è consigliabile il tamponamento.

L'emotorace, una complicazione anche essa frequente delle lesioni midollari, i decubiti, la infezione vescicale non costituiscono una controindicazione per l'operazione, per quanto le probabilità di guarigione siano minori quando la infezione delle vie urinarie esista da lungo tempo.

Costituiscono invece controindicazione la meningite conclamata, le ferite aperte molto infette, la sepsi urinaria molto accentuata e la pulmonite. D'altra parte non devono essere operati quei casi in cui v'ha una tendenza alla regressione delle manifestazioni paralitiche.

Nel lazzaretto di Straburgo l'A. ha avuto su 3200 feriti 26 lesioni d'arma da fuoco del midollo spinale. In 17 di questi casi fu praticato l'intervento chirurgico; tutti i feriti sopportarono bene l'operazione e nessuno morì subito per essa. Otto operati morirono poi, due per meningite, gli altri quasi tutti per infezione ascendente delle vie urinarie precedente all'operazione. In quattro casi si ebbe guarigione o miglioramento progressivo che fa sperare la guarigione completa. Altri avrebbero potuto essere salvati se l'intervento fosse stato più precoce, perchè alla sezione si rilevò che il midollo si era reintegrato e che la morte era stata determinata da grave pielonefrite già in atto al momento dell'intervento. Tuttavia anche nei casi nei quali la laminectomia non impedì l'esito letale, si ebbe un miglioramento nelle sofferenze dell'infermo: la piaga da decubito si deterse, mostrò tendenza alla guarigione, diminuì la sepsi vescicale, migliorarono le condizioni generali e l'aspetto del paziente, il che fa supporre che rimovendo la compressione del midollo, anche se questo è leso, i disturbi trofici regrediscono o per lo meno si arrestano.

DR.

## PATOLOGIA.

### Ricerche su una particolare forma di emoglobinuria sperimentale.

(Prof. A. GASBARRINI. *Lo Sperimentale*, fasc. II, 1915).

Iniettando nei cani o nei conigli sangue proprio laccato ed isotonizzato, fresco, insorge emoglobinuria. Per la sua costanza ed uniformità nel modo di presentarsi e di decorrere, il fenomeno si prestava sufficientemente ad essere analizzato.

Ciascun animale, prima del trattamento, era studiato dal punto di vista emato, siero ed urologico. Si iniettava nel peritoneo, ed in qualche caso nelle vene, sangue proprio defibrinato, lavato per tre volte consecutive con soluzione sterile di NaCl al 0.9 %, indi laccato ed isotonizzato con cloruro di sodio, in quantità variabile col peso corporeo, cosicchè ogni animale veniva a riceverne press'a poco una stessa dose. Il liquido era iniettato fresco ed anche riscaldato a 56° per 3 ore, allo scopo di vedere se l'inattivazione portava qualche modificazione nei risultati. In 2 cani l'iniezione peritoneale di sangue laccato fresco fu preceduta da quella peritoneale ed endovenosa di siero inattivato di cane reso emoglobinurico. A diverse ore di distanza dall'iniezione si facevano ricerche sulle urine, sul sangue, sul siero e sul liquido peritoneale, che si prelevava a mezzo di puntura esplorativa. L'animale veniva ucciso nelle varie fasi dell'emoglobinuria. In 3 cani si è studiato anche il potere emolitico dell'estratto splenico e renale.

Ecco i fatti più importanti rilevati:

1° *Emoglobinuria.* — Insorgeva dopo 12 ore o poco più dall'iniezione peritoneale di sangue laccato fresco, e solo dopo pochi minuti da quella endovenosa; raggiungeva il massimo nelle prime 30 ore circa e scompariva gradatamente anche in meno di 50 ore. Nelle urine sanguigne la colorazione era data da ossi e da metaemoglobina. Il tasso di Hb. calcolato per ciascuna ora raggiungeva un massimo nelle prime 30 ore e poi diminuiva poco a poco per cedere il posto ad una lieve albuminuria, la quale permaneva per alcuni giorni. Soleva inoltre constatarsi albuminuria già prima dell'emoglobinuria. La bilirubinuria ed urobilinuria accompagnavano di solito l'emoglobinuria e costantemente la seguivano.

La quantità complessiva di Hb. che si trovava nelle urine era sempre un po' inferiore a quella iniettata.

La quantità media di urina emessa, calcolata per ogni ora, variava irregolarmente: soltanto nelle prime ore dopo l'iniezione si poteva osservare che la diuresi era assai scarsa. Facendo precedere all'iniezione nel peritoneo di sangue laccato fresco un'iniezione parimenti peritoneale di siero inattivato di cane reso emoglobinurico, l'emoglobinuria non era meno intensa; inoculando invece una forte dose di siero per via endovenosa ad un cane, 5 ore prima dell'iniezione nel peritoneo di sangue laccato, si avevano urine scarsamente sanguigne, nelle quali già dopo 36 ore non erano più visibili allo spettroscopio le strie dell'Hb.

Risultati molto più interessanti si ottenevano adoperando sangue laccato sottoposto a 56° per 3 ore. All'iniezione peritoneale di esso seguiva l'emissione di urine così chiare, che non si sarebbero dette sanguigne, se l'esame spettroscopico non avesse fatto rilevare le strie dell'Hb, appena visibili tuttavia nelle urine delle prime 30 ore e che scomparivano ad una debole diluizione. L'urina era invece ricchissima di bilirubina, biliverdina ed urobilina. Nel sedimento urinario di animali trattati con sangue laccato fresco si trovavano rari globuli rossi, cilindri, granuli di Hb. liberi e riuniti in gruppetti, leucociti; in quello di animali iniettati con liquido sottoposto a riscaldamento, i cilindri erano assai scarsi.

2° *Emoglobinemia.* — Esisteva ordinariamente durante l'emoglobinuria, e non era sempre in rapporto con quest'ultima, potendo essa essere appena apprezzabile e d'altra parte le urine contenere un tasso di Hb. relativamente alto.

3° *Globuli rossi.* — L'iniezione di sangue laccato fresco determinava un abbassamento del numero dei globuli rossi, che si manteneva per tutto il periodo dell'emoglobinuria, e a cui seguiva una ripresa ascensionale abbastanza rapida. Lo stesso reperto si otteneva ordinariamente anche negli animali, in cui all'iniezione di liquido fresco si faceva precedere quella di siero inattivato di cane reso emoglobinurico. Al contrario, nei cani iniettati con sangue sottoposto a 56° per 3 ore si determinava dopo non molte ore un aumento del numero dei globuli rossi.

4° *Emoglobina.* — Subiva lievi oscillazioni, paragonabili a quelle descritte per i globuli rossi.

5° *Resistenza globulare.* — Per l'iniezione di sangue laccato fresco si aveva dapprima un lieve abbassamento della resistenza globulare (specie della R3) e più tardi un aumento di essa. Invece, in seguito ad iniezione di sangue riscaldato, la resistenza globulare non subiva alcuna modificazione fino al termine dell'esperienza.

6° *Globuli bianchi.* — Si aveva leucocitosi, specie negli animali iniettati con sangue laccato fresco.

7° *Potere autolitico del siero.* — Esistevano autolisine soltanto nelle prime ore dopo l'iniezione peritoneale od endovenosa di sangue laccato fresco.

8° *Prova di Donath e Landsteiner.* — È risultata costantemente negativa, sia durante che fuori il periodo dell'emoglobinuria.

9° *Potere antiemolitico del siero.* — In qualche caso il siero, dopo molte ore dall'iniezione di sangue fresco, mostrava un lieve potere antiemolitico. L'antiemolisina agiva da anticomplemento.

10° *Potere autolitico del liquido peritoneale.* — Costantemente assente.

11° *Potere autolitico dell'estratto splenico e renale.* — Il succo splenico di 3 cani, trattati con sangue fresco o sottoposto a 56° per 3 ore, nei quali l'emoglobinuria era cessata da qualche tempo o da poco, possedeva certamente un potere emolitico sui globuli rossi dello stesso cane, ma non molto intenso, nè superiore a quello presentato dall'estratto di milza di cane normale. Tale potere non subiva alcuna modificazione, sia che la prova fosse eseguita subito o 24 ore dopo la preparazione dell'estratto, sia in fine con succo splenico riscaldato a 60° per 45'. Il succo renale non ha dimostrato affatto proprietà autolitiche *in vitro*.

Dai risultati ottenuti si ritrae la persuasione che l'emoglobinuria provocata negli animali non possa spiegarsi con la semplice eliminazione renale dell'Hb. contenuta nel liquido iniettato, ma si debbano qui considerare, come nell'emoglobinuria dell'uomo, tutto quell'insieme di fatti che governano la distruzione e la rigenerazione globulare.

## MEDICINA SOCIALE.

### La questione del matrimonio tra sifilitici.

(L. BROCQ. *Le Bulletin médical*, 1914).

Nel 1907 Civatte pubblicò i risultati di una sua inchiesta sul matrimonio dei sifilitici e su notizie avute dai più accreditati specialisti dei diversi paesi. Da questa inchiesta si trassero certe regole generali che dovevano servire nella considerazione di questa grave questione sociale. Ma da quel tempo nuovi elementi di fatto e nuove cognizioni scientifiche son venuti a rinnovare le nostre conoscenze in proposito. La reazione di Wassermann da una parte, dall'altra l'introduzione nella pratica terapeutica dei nuovi composti arsenicali hanno completamente rivoluzionato quest'importante capitolo della medicina. Le vecchie leggi formulate sulla base di lunghe e numerose osservazioni cliniche devono essere modificate. Si tratta di stabilire bene se oggigiorno noi siamo autorizzati a sostituire norme scientificamente accertate alle antiche regole prescritte, ed in caso affermativo quali modificazioni noi possiamo apportare al nostro antico codice dei sifilitici.

Negli ultimi 35 anni lo studio della sifilide ha fatto progressi enormi. Nell'ultimo quarto di secolo si è completato l'edificio della sifilide ereditaria; sono state ascritte alla sifilide numerose lesioni viscerali delle quali era sempre rimasta ignota la patogenesi; è stata perfezionata la terapia mediante le iniezioni solubili ed insolubili, intramuscolari, endovenose ecc. Ma dal principio del secolo presente progressi maggiori si sono compiuti: la scoperta della spirocheta, la conoscenza della sifilide sperimentale, la conoscenza del valore terapeutico antisifilitico dell'arsenico, le scoperte di Ehrlich del salvarsan e del neosalvarsan, la scoperta della reazione di Wassermann.

Lo studio analitico delle possibili disastrose conseguenze prossime e lontane della sifilide, e la campagna della propaganda contro le malattie veneree hanno diffuso nel pubblico uno stato d'animo favorevole alla tesi del divieto assoluto di matrimonio ad ogni soggetto sifilitico. Ma dopo l'introduzione di nuovi composti arsenicali, nuove speranze hanno nutrito molti sifilografi.

Malgrado il fallimento della *sterilisatio magna* preconizzata sulle prime da Ehrlich, essi son convinti della possibilità di guarire radicalmente la sifilide iniziando una cura attiva fin dalla prima comparsa dell'accidente primario. Bisogna riconoscere però che, prima della scoperta del salvarsan, fu nutrita da altri questa speranza della guarigione completa della sifilide mediante una cura locale del sifiloma associata ad una cura generale intensa.

Queste speranze attualmente sembrano confermate da una parte dall'osservazione clinica di soggetti sifilitici rimasti indenni da ogni altra manifestazione dopo una cura siffatta e con reazione di Wassermann costantemente negativa, dall'altra dalla conoscenza dei casi di reinfezione sifilitica.

Per questi fatti alcuni sifilografi non hanno esitato a concludere che per i sifilitici curati con questo metodo si possa reclamare il diritto al matrimonio subito dopo pochi mesi dalla manifestazione dell'accidente iniziale.

Nello stato attuale della scienza, che cosa potremo dire in coscienza all'infermo che verrà a domandare il nostro parere su questa questione?

I. — Mettiamo da parte dapprima ed in modo assoluto la prima opinione del divieto del matrimonio ad ogni sifilitico. Noi non dobbiamo fare nè della filosofia, nè della letteratura: dobbiamo considerare il problema puramente da medici.

Un antico sifilitico genera sempre degli eredo-luetici dichiarati od anche dei soggetti tarati? Ogni medico pratico risponderà di no.

Un antico sifilitico, ben curato anche con i soli metodi antichi e che in seguito ha condotto sempre vita igienica, genera spesso eredo-luetici manifesti od anche dei soggetti tarati? Raramente egli genera degli eredo-luetici dichiarati; ed anzi, se egli si uniforma rigorosamente alle note prescrizioni igieniche, si può dire che non genera mai dei soggetti eredo-sifilitici e molto raramente dei tarati. Ognuno di noi ha conoscenza di famiglie numerose con figli sani e vigorosi, il capo delle quali ebbe la sifilide prima di contrarre matrimonio.

È certo d'altra parte che, se un sifilitico non si conforma alle prescrizioni igieniche, se fuma e beve molto, se si strapazza e non si cura, bisognerà consigliargli di non ammogliarsi. Ma quest'ultima ipotesi è all'infuori della questione in esame.

La questione va messa in questi termini: deve proibirsi ad ogni sifilitico di crearsi una famiglia, anche se si è ben curato e se la sua igiene generale è ottima?

Considerato dal punto di vista medico, questo divieto assoluto non può essere sostenuto, poichè le statistiche dimostrano che è molto raro che un sifilitico, rigorosamente fedele ai principî della terapia e dell'igiene, non possa crearsi una famiglia sana. Vi sono, è vero, delle eccezioni; ma esse sono rare, ed inoltre nella pratica non ci si può fondare sopra di esse per dare l'ostracismo a tutti i sifilitici.

Si può obiettare che nessuno è obbligato a far famiglia; e che siccome per nessun antico sifilitico v'ha certezza assoluta di procreare figli perfettamente sani, perciò egli deve astenersi dal matrimonio. Ma queste sarebbero considerazioni filosofiche e morali, mentre che il medico deve riguardare questa questione dal punto di vista medico, come farebbe per qualsiasi operazione chirurgica. Data la percentuale dei successi di un'operazione in determinate condizioni, si è autorizzati a consigliarla? Data la percentuale delle famiglie sane procreate da sifilitici in tali e tali condizioni, si è autorizzati a permettere il matrimonio a chi si trovi in condizioni identiche?

Si deve raccomandare di non permettere il matrimonio agli antichi sifilitici tarati, a coloro che presentino sintomi iniziali di tabe o di paralisi generale, od albuminuria permanente, agli aortici, a chi abbia delle leucoplasie e non voglia smettere di fumare, agli alcoolisti, a chi abbia fatto cure incomplete o non voglia sottoporsi a cure sufficienti prima del matrimonio. Diremo in seguito della Wassermann.

Fatte queste riserve, dal punto di vista medico non siamo autorizzati a negare il consenso al matrimonio ad un antico sifilitico, che si sia ben curato, che rispetti severamente i migliori principii igienici, e non presenti nessuna tara specifica.

II. — Servendosi nella cura dei nuovi prodotti arsenicali, si può consentire al matrimonio prima che scadano i termini fissati dagli autori classici?

La questione è molto complessa: e però bisognerà distinguere i casi in serie differenti.

1ª IPOTESI. — L'infermo si è curato sin dall'inizio della malattia, fin da quando si è potuto accertare la diagnosi mediante la dimostrazione della spirocheta nel sifiloma iniziale o per la constatazione di caratteri obbiettivi patognomonici, prima della generalizzazione dell'infezione. La cura con l'arsenobenzolo è stata compiuta secondo le regole comunemente ammesse; in una prima serie da 2 a 3 gr. di salvarsan e da 3 a 4 gr. di neosalvarsan. Il Brocq usava dapprima dosi minori, ma avendo visto che queste potevano riuscire molto pericolose, negli ultimi tempi le ha aumentate almeno di un terzo. Durante la cura, non si sono avuti mai accidenti secondari; la Wassermann reazione si è mantenuta sempre negativa. In questi casi si può permettere il matrimonio 5-6 mesi dopo la prima comparsa del sifiloma?

Si sa che alcuni fatti, ancora discussi da molti sifilografi, sembrano provare la possibilità della reinfezione sifilitica in soggetti precocemente curati con l'arsenobenzolo. Ciò proverebbe la possibilità della guarigione completa della sifilide con i nuovi preparati, e quindi la possibilità di autorizzare il matrimonio precoce nei soggetti sifilitici così curati.

Ma si è veramente sicuri che un soggetto nelle condizioni così schematizzate sia radicalmente guarito dopo una serie d'iniezioni d'arsenobenzolo? A prima vista si risponderebbe di sì: perchè egli non ha mai avuto manifestazioni secondarie, perchè la Wassermann è sempre restata negativa, perchè egli è suscettibile di contrarre di nuovo la sifilide.

Analizziamo questi singoli argomenti.

1° *Assenza di manifestazioni secondarie.* È noto che, malgrado la mancanza assoluta d'ogni cura, si può non avere nessuna manifestazione sifilitica secondaria, e presentare poi veri accidenti terziari dopo molti anni di apparente guarigione. Oppure dopo il sifiloma iniziale si può avere un periodo di calma di parecchi mesi o di 1 o 2 anni, ed in seguito presentare manifestazioni dette secondarie della cute e delle mucose. Senza avere avuto accidenti secondari visibili, si può contrarre il matrimonio, infettare la donna e mettere al mondo dei nati-morti o degli eredoluetici.

L'assenza di accidenti secondari obbiettivamente apprezzabili in un soggetto sifilitico curato è un elemento in favore della possibile guarigione, ma non ne costiuisce una prova decisiva.

2° *Persistente negatività della reazione di Wassermann.* Certamente la reazione di Wassermann negativa per parecchi mesi costituisce un buon argomento in favore della inesistenza di un'infezione generale, sopratutto quando si ricerchi la reazione nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano.

Ma è questa una prova assoluta?

Vi sono dei casi rari ma incontestabili nei quali le manifestazioni secondarie o terziarie coincidono colla Wessermann negativa. Inoltre, dopo essere restata negativa per lungo tempo in seguito a cure salvarsaniche, la Wassermann può ridiventare positiva dopo 1-2 anni, ed insieme possono aversi altre manifestazioni sifilitiche.

Di più è da notare che alcuni partigiani del matrimonio precoce dei sifilitici non si contentano di una prima serie di iniezioni di arsenobenzolo, ma ne praticano altre serie per essere più sicuri della guarigione. Ma in questi casi la reazione non può diventare positiva prima dell'epoca fissata per il matrimonio. Ma si può osservare che o l'infermo è radicalmente guarito con la cura intensa abortiva istituita fin da

principio, ed allora è inutile se non dannoso continuare le iniezioni di salvarsan; od egli non è completamente sterilizzato, ed allora non gli si deve permettere il matrimonio precoce, quando si pensi che non si sa a quale epoca la sua infezione sarà sufficientemente modificata perchè egli possa sposare senza inconvenienti.

Non bisogna però essere troppo pessimisti. Quando si sia fatta una cura intensa fin dalla comparsa del sifiloma iniziale e prima che la Wassermann sia diventata positiva, quando non si abbia in seguito nessuna manifestazione specifica e la reazione resti negativa per parecchi mesi dopo la fine della cura, bisogna riconoscere che è molto probabile la guarigione definitiva. Questa probabilità è sempre più forte, quanto più in queste condizioni passano i mesi e gli anni.

Sifilografi di grande valore affermano in modo assoluto che, da quando praticano la cura salvarsanica fin dalla comparsa del sifiloma, essi non hanno mai osservato il minimo accidente sifilitico in questi loro infermi. La moltiplicazione sempre maggiore di questi casi contribuirà ad aumentare la fiducia nei risultati. Ma finora si tratta di probabilità, non di certezza di guarigione. E quando e come si potrà essere sicuri della guarigione radicale?

Nello stato attuale della scienza ci manca il mezzo d'accertarlo. Come i nostri predecessori ancora noi oggi non possiamo che fondarci sopra una lunga osservazione di numerosi casi clinici per formulare delle nuove leggi: ma questa vasta esperienza potrà aversi soltanto dopo un certo numero d'anni.

3° *La possibilità di reinfettarsi di sifilide.* — Certamente non tutti i casi di reinfezione della letteratura, ma una parte di essi offrono tutte le garanzie per potersi fidare della loro attendibilità. Dunque per principio si deve ammettere la possibilità della guarigione definitiva e la possibilità della reinfezione sifilitica in seguito ad una cura intensa abortiva precoce a mezzo di iniezioni di salvarsan. Ma non si potrà mai, soltanto per la possibilità reale di questi fatti, ritenere che tutti i soggetti sifilitici che si trovino nelle stesse condizioni debbano essere dichiarati completamente guariti, e quindi autorizzati al matrimonio precoce.

Si è sicuri che le condizioni d'infezione siano le stesse in tutti i casi? che, quando si inizia la cura, la spirocheta sia sempre alla prima stazione del sifiloma primitivo, od abbia già invaso i nodi linfatici o li abbia superati?

Si è ammesso, è vero, come base fondamentale di questa prima ipotesi che la reazione di Wassermann non sia stata mai positiva in questa categoria di sifilitici. Ma tra il periodo in cui la spirocheta è localizzata esclusivamente nella sede d'inoculazione e quello in cui la reazione di Wassermann diventa positiva, vi sono molti stadî intermedî, nei quali la cura non ha in tutti le stesse probabilità di successo.

E poi la recettività dei terreni è sempre la stessa? Ed il medicamento agisce forse in tutti i casi con l'efficacia medesima?

Dunque noi possiamo avere delle probabilità, mai la certezza della sterilizzazione totale della sifilide curata fin dall'inizio. Tale certezza ci mancherà finchè non avremo un mezzo preciso di riconoscere scientificamente se un soggetto sifilitico è completamente guarito.

Gli argomenti dei partigiani del matrimonio precoce dei sifilitici sono dunque fallaci.

Ma potremo noi infliggere a questi soggetti che forse sono guariti i 4 o 6 anni di attesa come in altri tempi si esigeva? Per permettere il matrimonio ad un sifilitico si richiedeva che la cura fosse stata sufficiente e che non vi fossero state manifestazioni specifiche per un periodo di due anni.

Partendo da questi principî e ritenendo molto probabile che la cura intensiva precoce oggi in uso attenui fortemente e forse spenga l'infezione, l'A. pensa di potersi provvisoriamente attenere alle seguenti condizioni:

1° Richiedere la cura più intensa che è possibile fin dal primo inizio della malattia.

2° Dopo la fine della cura tenere in osservazione il soggetto: e se dopo due anni nessuna manifestazione è comparsa e se la reazione di Wassermann del sangue e del liquido cefalorachidiano si è mantenuta sempre negativa, allora si potrà autorizzare il matrimonio.

In questo modo non è escluso che il soggetto corra pericoli serî, se egli non è radicalmente guarito. Certo sarebbe più prudente per il malato continuarsi a curare, pur potendo pensare di essere stato sterilizzato da una prima serie di iniezioni; ma in questo caso non si avrebbe più il diritto di permettere il matrimonio dopo due anni.

Un altro metodo sarebbe insieme più prudente e più razionale: continuare la cura intensiva per un anno e tenere quindi in osservazione il soggetto: permettere il matrimonio alla fine del terzo anno, se la Wassermann è restata sempre negativa.

2ª IPOTESI. — La cura non è stata intrapresa fin dall'inizio dell'infezione, ma quando l'organismo era già totalmente sifilizzato.

Non crediamo che in queste condizioni la guarigione completa della sifilide sia assolutamente impossibile; ma in questo secondo grup-

po di casi sarà ancora più incerta ed aleatoria la dichiarazione di guarigione definitiva. Crediamo pertanto che sia prudente tenersi alle regole antiche, ed anzi oggi più strettamente d'un tempo, perchè oggi s'aggiunge la questione della doppia reazione di Wassermann nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano.

In queste condizioni occorre che dopo cure lunghe la reazione di Wassermann diventi negativa e tale si conservi per un lungo periodo di riposo, ed inoltre che essa non ritorni positiva dopo un'iniezione di arsenobenzolo o dopo un breve periodo di cure mercuriali.

Praticamente, sarà bene protrarre le prime cure per un periodo di due anni in media, con i relativi intervalli di riposo, sia con preparati mercuriali o con più serie di iniezioni di salvarsan o con cure miste, e ciò malgrado la Wassermann diventi negativa, come di solito avviene, molto tempo prima di compire questo primo e lungo periodo di cura.

Dopo di ciò, se la reazione di Wassermann è negativa, si è autorizzati a sospendere la cura e tenere il soggetto in osservazione. Si ripetono le reazioni di Wassermann ogni tre mesi; se dopo 6-9 mesi esse sono sempre negative, si tenta di riattivarle mediante un'iniezione di salvarsan. Se esse si mantengono negative, vi sarà molta probabilità di aver ottenuta la guarigione. Dopo sei mesi si ripeteranno ancora le reazioni; ed in caso favorevole, prima di autorizzare il matrimonio, sarà ancora prudente di praticare un'altra serie di iniezioni di arsenobenzolo o tre serie di iniezioni di sali mercuriali solubili da 12 iniezioni l'una, separate da 18 giorni di riposo e di praticare quindi un'ultima reazione di Wassermann. Quindi, nei casi più favorevoli, il sifilitico non potrà sposare prima di tre anni e mezzo o quattro dopo l'inizio della malattia.

Ma se le Wassermann riattivate diventano positive, bisognerà rifare una od anche due nuove serie di cura intensa, e quindi si rimetterà il soggetto in osservazione, per ripetere periodicamente le reazioni. In seguito si tenterà di riattivarle nuovamente; e così via, finchè non si otterrà che esse rimangano costantemente negative.

Si può dunque osservare che i nuovi metodi d'indagine hanno aggravato la prognosi della sifilide dal punto di vista del matrimonio; di più essi non sempre sono alla portata di tutti, perchè di non facile praticità e molto dispendiosi.

Quando è impossibile praticare le reazioni, si dovrà conformarsi alle regole antiche, esigendo 5-6 anni di cura seriamente praticata. Le cure arsenobenzoliche possono attenuare la gravità di questa prognosi dal punto di vista del matrimonio, se i risultati che se ne ottengono potranno essere controllati mediante le reazioni di Wassermann.

Si dovrà interdire il matrimonio ai sifilitici che continueranno a presentare reazione di Wassermann positiva, malgrado le cure più intense e ripetute? Questi casi dovrebbero essere straordinariamente eccezionali: l'A. non ne ha osservati mai. Si richiederanno per costoro 6-8 anni di cura intensa, e poi gli si permetterà di pensare al matrimonio: essi rientrerebbero nella categoria dei sifilitici antichi che vogliono far famiglia.

3ª IPOTESI. — Sifilitici antichi che domandano di contrarre il matrimonio.

Per dare il consenso al matrimonio in questi casi, bisognerà che il soggetto non presenti nessuna tara luetica, nè leucoplasie, nè tabe o paralisi generale, che essi siano stati ben curati e da due anni almeno non abbiano nessuna manifestazione della malattia e che presentino reazione di Wassermann negativa.

Ma se la Wassermann fosse positiva, come bisognerebbe regolarsi?

Talvolta nel periodo terziario è difficile rendere negativa la Wassermann e, quando vi si sia riusciti, la reazione, se si cessa la cura, può diventare di nuovo positiva. Ma la reazione di Wassermann positiva in un sifilitico antico, in ottime condizioni di salute, dimostra in maniera certa che esso è capace di contagiare la donna e di procreare figli eredoluetici o tarati?

Noi non lo crediamo, perchè si può trovare la reazione di Wassermann fortemente positiva in soggetti ammogliati, che ebbero la sifilide prima del matrimonio, e che ciò non ostante hanno dei figli sani e ben formati.

Sembra dunque che non siamo autorizzati ad interdire il matrimonio ai sifilitici antichi. Bisognerà sottoporli ad una cura intensa consistente in tre mesi di iniezioni mercuriali, od in una serie di iniezioni di arsenobenzolo. Dopo ciò, se la reazione di Wassermann è diventata negativa, si terrà il paziente in osservazione, e dopo due mesi si ripeterà la reazione. Se questa è ancora negativa, si permetterà il matrimonio dopo un nuovo periodo di cura simile ai precedenti. Se la reazione di Wassermann si mantiene positiva dopo il primo periodo di cura, si ricomincierà una nuova serie di iniezioni, e così di seguito, con periodi di riposo di circa due mesi; dopo due anni di cure siffatte, si darà il consenso al matrimonio.

CONCLUSIONI.

Non si è autorizzati ad interdire il matrimonio e la procreazione ad ogni individuo che ha avuto la sifilide; ma soltanto ad ogni sifilitico che non si sia ben curato, che ha presentato da meno di due anni manifestazioni sifilitiche nette, che presenti tare evidenti o malattie gravi dipendenti dalla sifilide.

Un sifilitico energicamente curato fin dalla comparsa del sifiloma iniziale, che non ha avuto mai manifestazioni secondarie apprezzabili, che ha sempre avuto la reazione di Wassermann negativa, può contrarre il matrimonio prima della scadenza dei termini fissati dagli antichi, purchè esso sia stato in osservazione per almeno due anni.

Un sifilitico che ha avuto la reazione di Wassermann positiva e manifestazioni secondarie, può essere autorizzato al matrimonio, se si è curato molto intensamente per un periodo di almeno due anni, se le sue reazioni di Wassermann divennero rapidamente negative; in caso contrario, finchè queste reazioni siano divenute stabilmente negative. Inoltre bisognerà non avere avuto altre manifestazioni da almeno due anni.

Si potrà contrarre il matrimonio dopo due anni di cure rigorose, se la reazione di Wassermann è diventata negativa e tale si è mantenuta, malgrado le reattivazioni, per un periodo di osservazione di almeno un anno e mezzo; quindi in nessun caso prima di tre anni e mezzo o quattro anni dopo la comparsa del sifiloma.

Per ogni sifilitico che ha avuto manifestazioni secondarie e reazione di Wassermann positiva è prudente tenersi alle regole degli antichi sifilografi, e permettergli il matrimonio soltanto quando le sue reazioni di Wassermann siano diventate negative e tali si mantengano malgrado la reattivazione.

In certi casi eccezionali, se un sifilitico regolarmente curato non ha avuto altre manifestazioni da due anni ed è arrivato così al sesto anno dal contagio, e ciò nonostante continua a presentare la reazione di Wassermann positiva, si potrà permettergli il matrimonio dopo un altro periodo di cure intense.

P. SABELLA.

---

Il fascicolo di ottobre della nostra Sezione medica contiene i seguenti lavori:

1. Prof.ri R. ALESSANDRI e G. MINGAZZINI. *Sindrome acuta di Raynaud associata a paralisi delle estremità.*
2. Dott. A. MÀRTIRI. *La malattia di Kahler-Bozzolo.*

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Società di medicina legale di Roma.

Seduta del 21 maggio 1915.

Presidente Prof. A. TAMBURINI.

Dopo la commemorazione fatta dal vice presidente del compianto prof. Ziino, e dei soci prof. A. Maurizi, dott. R. Serratrice, e dopo che l'assemblea approvò l'invio di un telegramma di plauso a S. E. l'On. Salandra, che era rimasto saldo difensore della fortuna e dell'onore del paese, s'iniziò lo svolgimento delle comunicazioni scientifiche.

Prof. A. ASCARELLI. *Sulle emorragie tardive traumatiche.* — L'A. ricorda che i traumatismi anche lievi del capo possono produrre dopo un libero intervallo, meningiti, ascessi cerebrali, emorragie extradurali, ed anche, come mise in evidenza il Böllinger, emorragie endocerebrali.

Spiegata la patogenesi e la fisiopatologia di queste emorragie traumatiche tardive, ricordata la bibliografia in proposito tra cui una memoria riassuntiva del prof. Cevidali, l'A. riferisce su un caso personale occorsogli. Si trattava di una donna che aveva ricevuto un violento schiaffo dal marito: per due giorni nulla aveva accusato, poi s'iniziò una fortissima cefalea e al 4° giorno, per due volte consecutive, fu presa da capogiri e cadde in terra. Messa in letto, si constatò che aveva inceppo nella parola, emiparesi sinistra. Fu condotta all'ospedale, e dopo dodici ore morì.

All'autopsia si riscontrarono i segni di una sifilide pregressa istologicamente dimostrata anche sui vasi cerebrali, e un vasto ematoma endodurale da rottura di un ramo dell'arteria silviana. I preparati istologici dimostrarono, che mentre la lesione arteriosa traumatica era relativamente recente, il sangue stravasato era recentissimo ed anche la compressione cerebrale era recentissima. Si ammise pertanto che il trauma avesse determinato nel vaso arterioso sifilitico un *locus minoris resistentiae* in modo da lederne la costituzione anatomica. Di poi la pressione endovasale aveva vinto, man mano, la continuità del vaso arterioso, determinando e progressivamente aumentando l'emorragia.

Dal punto di vista medico-legale si concluse per un omicidio preterintenzionale (tenuità della lesione, grave evento) con il beneficio della concausa preesistente (sifilide).

# APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

## DIAGNOSTICA.

### L'albumino-diagnostica dei versamenti delle sierose.

La determinazione quantitativa della albumina nei versamenti pleurici o peritoneali ha grande valore diagnostico, purchè per la ricerca si adoperi il metodo della pesata o il refrattometrico: il tubo di Esbach dà resultati inesatti, per quanto si diluisca accuratamente il liquido; un liquido a scarso contenuto albuminoso può mostrare all'Esbach una percentuale alta se il precipitato albuminoso è poco retrattile.

Servendosi del metodo della pesata Mosny, Javal, Dumont (*La Pres. méd.*, 24 giugno 1914) hanno trovato come fatto costante una percentuale che va dal 40 al 66 per mille nei liquidi siero fibrinosi e infettivi: i liquidi purulenti in generale sono più albuminosi dei siero-fibrinosi (70 per mille). Non v'ha invece un rapporto assoluto tra carattere emorragico del liquido e contenuto d'albumina nel confronto col liquido d'una pleurite streptococcica (51 per mille) e d'una pleurite tubercolare emorragica (53 per mille), il liquido d'una pleurite cardiaca a netto carattere emorragico conteneva il 31 per mille d'albumina.

Se una pleurite recidiva, il liquido conserva lo stesso tasso d'albumina.

Nelle pleuriti cancerose il liquido è notevolmente albuminoso, simile a quello delle pleuriti microbiche, e il carattere emorragico poco vale a far variare il tasso d'albumina.

Nei *transudati* invece, a differenza degli essudati, il tasso di albumina varia dal 3 al 26 per mille: si può affermare che ogni versamento il quale contenga meno del 30 per mille d'albumina è un transudato. Se i transudati recidivano, il tasso d'albumina non muta.

Le pleuriti cardiache, che dal punto di vista clinico e citologico si avvicinano alle pleuriti infiammatorie, forniscono un liquido, che contiene un tasso albuminoso pressochè uguale ai transudati o ai liquidi da stasi: la ricerca in casi dubbî, ha grande valore per svelare la natura d'un versamento pleurico in un cardiaco.

Un andamento parallelo hanno i *liquidi peritoneali*: asciti da cirrosi di Laënnec, asciti cardiache sono ipoalbuminose (al disotto di 35 per mille), peritoniti tubercolari danno liquido con tasso albuminoso che va dal 40 per mille in sopra.

I versamenti da peritonite cancerosa sono ravvicinabili ai tubercolari (iperalbuminosi). Anche le asciti, recidivando, mantengono i medesimi caratteri chimici.

Le albumine dette di Patein, (nucleoalbumine), che costituiscono l'elemento della reazione di Rivalta, precipitabili in soluzione acetica debole, a freddo, possono essere utili a completare la ricerca della albumina totale: secondo l'opinione del Rivalta e di molti altri, la loro presenza e la loro assenza deporrebbero in modo sicuro per un essudato e rispettivamente per un transudato. Secondo gli AA. invece talora le indicazioni, che la reazione dà, sono tutt'altro che decisive; in tale categoria si devono mettere le pleuriti cardiache, nelle quali il liquido, anche alla prima puntura, presenta una reazione debole ma raramente del tutto negativa. Se poi si tratta di esaminare un liquido d'una cavità, ripetutamente punta, la reazione suscita anche maggiori dubbiezze. Dosando le albumine di Patein si chiarisce la ragione del fatto: i liquidi ipoalbuminosi contengono meno dell'1 per mille di queste albumine, i versamenti iperalbuminosi ne contengono più dell'1 per mille fino al 4 per mille: la reazione di Rivalta è considerata positiva o negativa, secondo l'apprezzamento individuale, quando l'albumina di Patein è vicina all' 1 per mille. In alcuni casi però la Rivalta può correggere gli errori dovuti alla sola albumiro-reazione: se un liquido da stasi s'infetta, l'albumino-reazione è di poco modificata, ma la Rivalta, da negativa od incerta, diviene nettamente positiva.

*t. p.*

### La reazione di Landau.

Il metodo più recente proposto dal Landau per la sua reazione è il seguente:

In un tubo da saggio di 12 mm. di diametro si versano 0.20 cmc. del siero in esame, e si aggiungono 0.10 cmc. del reattivo di fresco preparato (iodio 1 % in metano tetraclorato).

Si lascia il tubo a temperatura ambiente per circa quattro ore; si aggiungono 0.20 cmc. d'ammoniaca: se il siero è normale la miscela dà un colorito bianco-lattiginoso, se il siero è sifilitico la miscela è invece chiara, trasparente.

L'aggiunta dell'ammoniaca dovrebbe secondo l'A. servire a discriminare i casi dubbî: le reazioni nette si possono leggere anche senza l'aggiunta dell'ammoniaca.

Villaret e Pierret in un confronto stabilito tra WR, reazione di Nogucki e reazione di Landau concludono che quest'ultima senza essere sensibile quanto quella di Wassermann merita tuttavia d'essere presa in considerazione, per la semplicità della sua tecnica.

J. Golay (*Revue méd. de le Suisse Rom.*, 20 sett. 1914) ha sottoposto a controllo la reazione di Landau, eseguendola contemporaneamente con la WR in casi di sifilide accertata, in individui sani, in individui malati per affezioni tossiinfettive o neoplastiche. Mentre i suoi risultati sono confortanti per quel che riguarda i sieri sifilitici, e i sieri normali, poichè i risultati sono positivi d'ordinario nei primi (63 casi), negativi nei secondi (3 casi soltanto!), i risultati che si ottengono nell'esame dei sieri provenienti da individui con affezioni comuni (gonococco, ulcera molle, tubercolosi, tumori maligni, affezioni cutanee) tolgono qualsiasi valore diagnostico alla reazione di Landau: essa dimostra solo «una reazione dell'organismo contro un'affezione importante, capace di modificare la composizione del siero del malato».

*t. p.*

**Ricerca delle sostanze coloranti della bile nelle urine.**

Si prendono 10-12 cmc. di urina filtrata, si addizionano 1-2 cmc. di soluzione al 10:100 di cloruro di bario e si centrifuga la soluzione. Si decanta il liquido limpido lasciando nella provetta il precipitato formato; questo si spappola con 6 a 8 cmc. di una soluzione alcoolica di acido nitrico (198 cmc. di alcool e 2 cmc. di acido nitrico [D. 1.2]); si aggiungono al miscuglio 4-5 gocce di acqua ossigenata. Dopo agitazione si scalda leggermente la soluzione e si avrà una colorazione ed un precipitato verde per la presenza di sostanze coloranti della bile.

E. C.

## TERAPIA.

**Il così detto nuovo antisettico.**

Il giornali si sono molto occupati di un nuovo antisettico, il quale si sarebbe dimostrato o sarebbe per dimostrarsi utilissimo nel trattamento dei feriti in guerra.

Esso viene accreditato ai dottori Carrel e Dakin.

In realtà il nuovo antisettico non ha molto di nuovo.

È a base di cloruro di calce. Era già noto il potere germicida di questa sostanza. Se non che la sua forte alcalinità la rende corrosiva pei tessuti ed impedisce di usarla, salvo a forti diluizioni le quali ne riducono l'efficacia.

Altrettanto avviene per l'ipoclorito di potassio (acqua di Javelle), che pure è stato largamente usato dai chirurghi francesi in questa guerra, e per l'ipoclorito di sodio (soluzione di Labarraque).

Era anche noto che, facendo gorgogliare del gas anidride carbonica attraverso il cloruro di calce, si accresce l'attività germicida di questa sostanza. Siffatto risultato viene generalmente attribuito allo svolgimento di acido ipocloroso, molto attivo.

Qualunque altro acido debole possiede la stessa azione dell'anidride carbonica: per es. l'acido borico il quale, essendo stabile e chimicamente un po' più energico dell'anidride carbonica, manifesta anche la proprietà di sopprimere la reazione alcalina della soluzione, eliminandone l'azione distruttiva sui tessuti; di più non irrita i tessuti.

La mescolanza di cloruro di calce e acido borico era già stata proposta da Vincent per trattare le ferite ulcerose e gangrenose (*Presse Médicale*, 1904, n. 70).

D'altra parte, sotto gli auspici di un Comitato medico inglese, erano state eseguite delle ricerche nell'Università di Edimburgo, per trovare un buon antisettico. Queste ricerche erano state affidate al prof. Lorrain Smith, coadiuvato dal prof. Drennan di Otago (Nuova Zelanda), dal chimico dott. Rettie e da un ufficiale medico, luogotenente W. Campbell.

Esse portarono egualmente al risultato che il migliore antisettico in chirurgia è dato da una mescolanza di cloruro di calce e acido borico.

Gli AA. consigliavano una mescolanza a parti eguali dei due prodotti finamente *polverizzati;* ritenevamo più idonea la forma polverulenta, perchè più pratica e meno ingombrante. La loro relazione venne pubblicata nel *British Medical Journal* (24 luglio 1915).

Secondo lo stesso giornale (14 agosto 1915), or è circa un anno il prof. Cohen, dell'Università di Leeds, in Inghilterra, si era messo d'accordo col dott. Dakin, già studente in quella Università e poi entrato nel Laboratorio Herter di Nuova York, per lo studio degli antisettici sotto il riguardo delle applicazioni in chirurgia. Venne stabilito che gli antisettici elaborati dal Cohen sarebbero stati saggiati batteriologicamente dal Dakin; i più promettenti sarebbero poi stati provati clinicamente dal Carrel, anche egli residente a Nuova York.

Il dott. Dakin è ora in Francia in qualità di batteriologo, presso un ospedale di guerra di Compiègne. I risultati delle ricerche eseguite in collaborazione con Cohen e con Carrel e proseguite durante la guerra sono stati da lui comunicati all'Accademia delle Scienze di Parigi (*Presse Médicale*, 5 agosto 1915, Resoconti d'Accademie). In fondo non dicono molto più o di diverso da quanto già si sapeva.

Ecco come si procede per allestire il nuovo antisettico. Ad una soluzione di cloruro di calce si aggiunge carbonato di soda; la mescolanza viene agitata e dopo una mezz'ora il liquido limpido sovrastante viene sifonato e poi filtrato attraverso cotone. A questa soluzione d'ipoclorito sodico si aggiunge una quantità di acido borico bastevole a rendere la soluzione neutra od appena acida, titolandola per mezzo della fenolftaleina.

(Dal *Journal A. M. A.*, 4 sett. 1915).

R. B.

**Prevenzione del congelamento dei piedi nelle trincee.**

Il congelamento dei piedi è uno dei più penosi accidenti che possa occorrere nella vita di trincea. È dovuto all'azione protratta di un freddo per sè stesso non molto intenso. Costituisce una minaccia permanente delle campagne invernali.

A richiesta del Comitato medico inglese di studi per la guerra, l'argomento è stato studiato a Edimburgo dai proff. Lorrain Smith e James Ritchie e dal dott. James Dawson, che pubblicano la loro relazione nel *Lancet* dell'11 settembre 1915.

Fra i risultati principali concernenti la profilassi del « piede da trincea » a cui sono giunti questi AA. segnaliamo i seguenti: praticare il massaggio dei piedi prima di andare in trincea e un paio di volte al giorno durante la permanenza in trincea; ridurre questa permanenza se cominciano ad avvertirsi gonfiore e intormentimento ai piedi e non mai protrarla oltre le 48 ore; muoversi quando è possibile; evitare tutti i corredi di vestiario che possono intralciare la circolazione delle gambe, per es. le mollettiere (*puttees*) andrebbero sostituite con uose lasse (*loose moleskins leggins*), che non comprimano i tessuti e che tengono ancora più caldo, perchè immobilizzano l'aria, e con calzari ampi ed alti; proteggere bene contro il freddo non soltanto i piedi, ma anche le gambe. R. B.

## TERMINOLOGIA.

### Il segno di Jellineck.

Descritto da Jellinech e Rosin nel 1904 (*Wien. klin. Wochenschrift*, p. 1145), si riscontra nel morbo di Basedow. Consiste in una « pigmentazione brunastra, diffusa uniformemente nella cute delle palpebre, in specie di quelle superiori. In alto la colorazione è limitata dalle sopracciglia, verso il basso termina a livello dell'orlo inferiore dell'orbita. La congiuntiva è intatta ».

Questo segno appare in genere fin dall'inizio della malattia e persiste di solito per tutta la durata di questa; può attenuarsi in uno stadio avanzato o dileguare con essa.

Esiste solo nel 16 % dei casi di gozzo esoftalmico (Sainton, XIX Congresso degli alienisti e neurologi francesi, Nantes, 1909). Si vede assai più raramente nell'uomo che nella donna.

È forse dovuto alle connessioni che esistono tra la tiroide e il sistema surreno-simpatico (A. Puifferat, « Le signe de Jellineck dans le syndrome de Basedow », *Thèse de Paris*, 1911).

(Da *La Presse Médicale*).

---

## IGIENE.

### Il pane ed il suo valore nutritivo.

(Prof. M. RUBNER. *Deut. Medtz. Woch.*, n. 18-20, 1915).

Il problema del pane è oggi uno dei più importanti. Gli Stati se ne occupano, escogitando mezzi atti ad assicurare alle popolazioni questo cibo essenziale. Le difficoltà sorgono ovunque per fornirsi di grano e di altri cereali idonei alla panificazione e derivano essenzialmente dagli ostacoli sorti al traffico commerciale.

Il grano costituisce fonte cospicua di nutrimento e la diminuzione delle scorte di esso deve considerarsi un pericolo assai grave.

È provata l'importanza che spetta al grado di macinazione della crusca e stabilito che la preferenza data al pane con cruschello non è giustificata, perchè i principî nutritivi ed in specie l'albumina non ne vengono abbastanza utilizzati. Il pane di farina a rendimento del 30 e 70 % di macinazione ha miglior sapore di quello con farina contenente tutta la cariosside del grano.

Qualunque sia la specie di pane, le feci che ne derivano hanno reazione acida, perchè si formano per fermentazione acido butirrico, acetico, ecc. Rubner trovò che questa fermentazione acida fa diminuire la putrefazione dell'albumina e la formazione di acido solforico coniugato. Le perdite di sostanze nutritive, dovute alla fermentazione butirrica, sono notevoli ma non straordinarie, a meno che non si tratti di pane fatto con pasta acida, il quale è mal tollerato.

In base ad altre considerazioni tecniche e fisiologiche, Rubner conchiude che in tempi di carestia bisognerebbe aumentare il rendimento di farina con quello di grano intero di circa 13 %; con ciò tuttavia il materiale utilizzabile non viene accresciuto nella stessa proporzione.

In base agli esperimenti di Minicanti e Praussnitz e di altri, l'A. istituisce un confronto tra farina di segale e di frumento. Risulta che l'utilizzazione della prima, per la stessa forma di

panificazione, è minore. Il pane nero di segale dà luogo a copiosa produzione di gas, dovuta a fermentazioni che si svolgono nell'intestino; i disturbi dati da questo esagerato sviluppo di gas variano a seconda che il pane fermenta nel tenue o solo nel crasso. Non si tratta di fermentazione di cellulosa, poichè nei suoi esperimenti l'A. potè assodare che la quantità d'idrati di carbonio calcolata è molto maggiore di quella assai tenue di cellulosa contenuta nell'alimento; quanto alla perdita di sostanza nutritiva, si può valutare all'1 % appena.

Per ciò che riguarda la forma del pane, il Rubner, alla stregua di speciali osservazioni, è portato ad ammettere che più razionale è la forma grande.

Non si ha nessuna prova positiva che il pane così detto *fresco*, ma già raffreddato, sia poco digeribile; quindi non v'è alcuna ragione igienica che consigli a mangiare il pane *raffermo*.

Più che 50 anni or sono si era già cominciato a creare surrogati della farina (patate, rape, residui della preparazione del sidro, ecc.); ma, come già il Liebig ebbe a dire, tali surrogati valgono ben poco.

Recentemente si è proposto di servirsi di farine d'orzo, avena, riso, granturco ed anche fagiuoli; ma Rubner non è di parere favorevole.

Egli non si dichiara affatto partigiano delle miscele di farina ed alimenti di natura animale per allestire un pane speciale di guerra; lo ammette per quanto concerne il latte, il burro e le uova, già in uso; ma la così detta *farina di carne* è meglio lasciarla da parte: più accetto e vantaggioso è mangiare la carne a parte col pane. È stato anche messo avanti il *pane di sangue*, che non è proprio adatto a grande diffusione, per varie ragioni, e non attecchirà mai. Tra tutte le sostanze proposte come aggiunta alla farina, per economizzare questo prodotto ed aumentare il coefficiente nutritivo del pane, sarebbero se mai da preferire il latte magro ed il siero di latte; ma occorrerebbero più ampie osservazioni.

Un capitolo del lavoro concerne il vero *pane di fame*, di cui si trovano tracce anche in tempi normali presso certe popolazioni e più specialmente in annate di scarsissimo raccolto di frumento e di segale (pani di farina di paglia, di foglie secche di abete, di ossa, di legno, ecc.). Questi ingredienti del *pane di fame* servono a riempire lo stomaco, non posseggono valore nutritivo. È vero che nell'alburno di certi alberi si trovano cellule contenenti grassi ed amido, ma si proseguono ricerche e studi per definirne l'utilizzazione quale nutrimento. Rubner tuttavia consiglia vivamente di mettere da parte quella ch'egli chiama *mania* d'inventare altre specie di pane non di farina di cereali. Volendo che i surrogati abbiano valore nutritivo, bisognerebbe impiegarne grandi quantità; ma le feci verrebbero ad aumentare in modo straordinario, così da produrre inconvenienti e disturbi, senza dire della esagerata peristalsi che verrebbe richiesta per spingere le masse digerende; ne deriverebbero pertanto effetti sfavorevoli diretti e indiretti sull'assorbimento.

R. B.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(551) *Nei grossi versamenti siero-ematici del ginocchio.* — Prego rispondermi nella « Posta degli abbonati » alla seguente domanda:

Nei grossi versamenti siero-ematici del ginocchio — oltre la puntura ed aspirazione del liquido — è opportuno — onde impedire la riproduzione del versamento — iniettare in cavità tintura di iodio o acqua ossigenata o qualche altro antisettico?

Ringraziamenti.

Frassinoro (Modena).

Dott. Zanotti Pietro.

È assolutamente controindicato iniettare liquidi, comunque capaci di suscitare una reazione vivace e della quale non si può misurare la portata. Le conseguenze (rigidità, anchilosi) potrebbero essere dolorose.

Dopo il vuotamento, fatto per tempo, è opportuna una revulsione esterna e l'immobilità assoluta. Con questo metodo si evita generalmente la riproduzione del liquido.

T. F.

(552) *Denunzia dei nati-morti.* — Allorchè una donna espelle un feto di sei mesi compiuti, morto da circa 10 giorni in seguito ad un accesso di eclampsia (per albuminuria) dentro l'utero materno, è obbligato il medico condotto che ha assistito il parto a fare la denuncia allo stato civile di feto nato-morto?

Roccantica (Perugia).

Dott. Nicola Graffagnini.

Naturalmente il medico che ha assistito un parto con feto morto deve farne senz'altro analoga dichiarazione all'ufficiale di stato civile secondo il disposto degli articoli 279 e 288 del Codice civile e 371, 373 e 374 del Codice penale. Nella presunta causa della morte poi il medico, se veramente sia convinto la morte esser dovuta all'eclampsia della madre, metterà la dichiarazione « per eclampsia materna ».

U. ROLANDI.

(553) *Disturbi mestruali vasomotori e secrezioni interne.* — Al Dott. C. Maffi:

È molto verosimile l'ipotesi che la secrezione di alcune glandole endocrine esaltata nell'imminenza della mestruazione prevalga sull'azione delle secrezioni interne antagoniste e che da questo squilibrio del sistema endocrino derivino disturbi vasomotori. Non ci pare peraltro di dover ammettere che tali sostanze verrebbero eliminate col sangue mestruo.

Comunque, tali disturbi per lo più consistono in una ipertensione vasale, più raramente in una ipotensione: ed è ragionevole il tentativo di una cura preventiva di essi con qualche estratto organico che in questo caso potrebbe essere appunto l'estratto di corpo luteo — luteina, ocreina — od anche di glandole surrenali, senza peraltro escludere l'uso contemporaneo del *viburno* che è pure un ottimo sedativo nervoso ed uterino.

Solo nei pochi casi in cui esista ipotensione sarebbe opportuno ricorrere invece ad estratti tiroidei. U. ROLANDI.

(554) Desidererei che mi facesse la cortesia di farmi rispondere nella « Posta degli Abbonati » per farmi sapere qual'è un libro di ostetricia pratica, di poca mole, utile per i casi necessari in condotta e da potersi subito consultare.

Valmontone (Roma).

Dott. Michele Guerrieri.

Per una pratica e rapida consultazione può servire egregiamente il volumetto pubblicato dal nostro periodico (e dato in dono agli abbonati) « L'ostetricia pratica » del dott. Pompeo Taruffi. Al medico condotto può riuscire pure molto utile e di facile consultazione « L'ostetricia operativa » di H. Fehling, tradotta ed accuratamente annotata dal prof. Micheli (Edizione Fr. Vallardi). U. R.

---

# VARIA.

**Decalogo medico per il soldato.** — I. *Conserva e custodisci gelosamente il pacchetto dei medicinali*: esso potrà rappresentare la tua salvezza. Quando ti accadesse di cader ferito cercherai di metterti al sicuro dai proiettili (in un fosso, dietro una siepe o un riparo qualsiasi) e possibilmente accanto a un altro compagno ferito perchè possiate aiutarvi reciprocamente. Poi se non sarà venuto alcuno in tuo soccorso denuderai la parte ferita, ripulirai la parte intorno alla ferita se essa sarà sudicia (ma senza usar acqua nè altri liquidi), aprirai cautamente il pacchetto di medicazione badando a non insudiciarne il contenuto, passerai sulla pelle che circonda la ferita un po' di tintura di iodio, applicherei sulla ferita il tampone di garza e lo fisserai colla fascia. Quindi se non sarai in grado di camminare attenderai che giungano i portaferiti o la vettura d'ambulanza per trasportarli via.

II. *Lava le tue mani più spesso possibile e almeno prima dei pasti e dopo aver fatto i tuoi bisogni corporali.* Esse toccando la terra e gli oggetti che ti circondano si sporcano e possono facilmente infettarsi coi germi di gravi malattie, come il tifo, la dissenteria, il colera, ecc.; queste si prendono appunto perchè i germi che le producono entrando dalla bocca vanno a fermarsi nell'intestino e lo fanno ammalare.

III. *Quando ne avrai la possibilità lava il tuo corpo col bagno.* Il sudiciume che ricopre la pelle non solo è dannoso alla salute, ma in caso di ferite entrando col proiettile nella carne produce gravissime complicazioni; una ferita su una pelle pulita può guarire in pochi giorni o settimane, mentre se colpisce la pelle ricoperta di sudiciume si infetta sicuramente e può per questa ragione uccidere il soldato o metterne a grave pericolo la vita.

IV. *Non bere l'acqua se non bollita o comunque sterilizzata.* È molto facile che nei paesi in cui si trova della truppa combattente si sviluppino le epidemie; in questi casi l'acqua quasi sempre si infetta coi germi delle malattie, e il modo più sicuro di ucciderli è il far bollire l'acqua che li contiene o sterilizzarla coi mezzi di cui i medici che seguono gli eserciti dispongono.

V. *Non abusare degli alcoolici (vino, cognac, rhum, acquavite, liquori).* Non credere alla illusione che bevendoli puri essi aumentino o ristorino le tue forze. In realtà non fanno che ubbriacarti e avvelenarti. Potrai invece soddisfare meglio la tua sete aggiungendone una piccola quantità all'acqua bollita o sterilizzata che berrai.

VI. *Non mangiare verdura e frutta crude.* Il cibo che mangerai deve essere bollito o comunque cotto. Pensa che tutti i prodotti che provengono dalla terra possono essere inquinati dai germi delle malattie infettive e che questi sono uccisi dalla cottura. Anche il latte corre il pericolo di essere infetto e perciò non lo berrai senza averlo fatto bollire prima.

VII. *Non fare i tuoi bisogni corporali se non nelle fosse a tale scopo costruite o nei luoghi a ciò destinati.* Se non prenderai questa pre-

cauzione, e disseminerai gli escrementi dovunque, e se così faranno anche i tuoi compagni, si produrranno sicuramente gravi epidemie di malattie infettive. Gli escrementi dei malati e dei convalescenti contengono i germi di queste, per cui se essi non vengono depositati nei luoghi appositi e disinfettati, finiranno coll'inquinare il terreno e l'acqua ,e per mezzo delle mosche e degli altri insetti che si saranno posati su di essi, semineranno l'infezione su tutti gli oggetti che ti circondano, e prima o poi finirai col cader malato.

VIII. *Non portare a contatto della pelle che vestiari facilmente lavabili o rinnovabili*, e quindi solo biancheria di tela, di cotone o di flanella, altrimenti accumulerai in essi e sulla tua pelle il sudiciume, e tu sarai esposto a tutti i gravi inconvenienti che questo produce.

IX. *Proteggiti dal freddo e dall'umidità*, poichè anche essi possono essere causa di malattie, come i reumi, le bronchiti, le polmoniti, ecc. A questo scopo prenderai le precauzioni di ungere di grasso le estremità più esposte al freddo (mani, piedi), e circondarti il petto e il ventre di larghi pezzi di carta che metterai fra la pelle e la biancheria, e che rinnoverai appena sudici.

X. *Rispetta le donne dei paesi in cui sarai condotto.* E ciò sia per dovere di civiltà, sia per evitare delle malattie che ti renderanno invalido senza aver combattuto, e che rovineranno forse irreparabilmente la tua salute.

G. PIERI.

**Protesi americana degli arti.** — A un'adunanza della I. R. Società Medica di Vienna tenuta nello corso aprile (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 31 mag. 1915) il clinico chirurgo v. Eiselsberg presentava un paziente il quale otto anni prima in America aveva avuto amputati i quattro arti presso le inserzioni, in seguito ad un grave elettrotrauma. Sei mesi dopo essersi esercitato ad utilizzare i suoi monconi, venne fornito di quattro arti artificiali da un costruttore americano. Divenne, in tal modo, capace di guadagnarsi la vita da sè; potè camminare senza zoppicare e percorrere senza bastone 18 chilometri in un giorno; era capace di vestirsi e svestirsi e di cibarsi da sè; e nell'insieme non mostrava una grande incapacità. Questo soggetto venne mostrato, a scopo morale, ai militari di Vienna che avevano perduto i loro arti in battaglia e si propose di esibirlo, allo stesso scopo, in altri ospedali militari. Il *Medical Record* del 21 agosto 1915 richiama questi fatti per dimostrare la superiorità della protesi americana degli arti.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

Prof. MAURIZIO ASCOLI. *Conferenze ai medici in guerra.* Edit. Istituto Sieroterapico Milanese, Milano, 1915.

Sono ricordi di patologia e di clinica, norme di terapia e di profilassi delle malattie infettive che più frequentemente infestano gli eserciti in guerra. Il prof. M. Ascoli ha esposto in queste conferenze tutto quanto si poteva sfruttare dall'esperienza fatta negli altri eserciti durante i nove mesi che precedettero l'intervento dell'Italia.

La forma letteraria, come quella cui è adusato il conferenziere, è classicamente italiana, e rende piana e piacevole la lettura del libro.

DR.

M. GUERRIERI. *Raccolta di nozioni di medicina su alcune malattie da infezione, del ricambio e dei reni, più comuni, e d'elementi d'igiene e profilassi pel pubblico.* Un vol. in-8° di pagine 118. Alatri, Tip. Editr. Prof. P. A. Isola, 1915. L. 3.

È un'esposizione dei fatti più essenziali dell'igiene, della patologia e della terapia. Pregio precipuo ne è la sobrietà: l'A. si limita a quel tanto ch'è necessario conoscere, per preparare l'opera del medico o completarla. Il lavoro adempie bene lo scopo della propaganda igienico-sanitaria.

R. B.

**Premio semigratuito** per gli abbonati al "Policlinico,,:

**ELEMENTI DI ODONTOIATRIA e di protesi mascellare e facciale**

**ad uso dei medici e degli studenti di medicina**

del Prof. ANGELO CHIAVARO
della R. Università di Roma
con prefazione del Prof. F. DURANTE.

*Seconda edizione, in commercio al prezzo di* **L. 10,** per gli associati al "Policlinico,, solo **L. 6** franco di porto.

**Per riceverlo prontamente, inviare cartolina-vaglia al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, 46 - Roma.**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Per il richiamo alle armi dei medici condotti.

Mi credo in dovere di mettere sull'avviso il nostro presidente generale e tutti i medici condotti, specialmente rurali, che sono i più, per una quistione di interesse assolutamente vitale per la classe, e che merita tutta l'attenzione in questo momento, per evitare future recriminazioni e rampogne.

Conosciamo le norme attuate dalla Sanità militare pel reclutamento del personale sanitario, e per l'assegnazione dei gradi agli ufficiali medici.

Giustamente però quelle disposizioni avevano sopratutto riferimento ai medici liberi esercenti, i quali erano classificati sia per anzianità (tenenti) che per titoli (capitani e maggiori).

Dei medici condotti non era necessario occuparsi, perchè essi in massima parte erano per legge esenti dal servizio, nè si pensava di poterne aver bisogno.

Ora però vi sono alcuni fatti che fanno seriamente dubitare che anche i medici condotti esentati verranno richiamati in servizio, vale a dire: la disposizione che accoglie medici che hanno oltrepassato il 40° anno di età; una circolare ministeriale che avvisa i Comuni che i medici condotti rispettivi si considerano esentati soltanto in via provvisoria, *per ora,* vale a dire che potranno sempre essere richiamati; infine il decreto recente sui servizi di sanità pubblica che dispone l'obbligo ai medici di qualunque età di esercitare in condotta in qualunque Comune venga ordinato dai prefetti della provincia.

Tutto questo dice chiaramente, ed anche giustamente che, all'occorrenza, il Ministero della guerra vuol tenere le mani libere per l'importante servizio di assistenza sanitaria.

Ed è per tanto che è necessario ed urgente occuparsi delle condizioni dei medici condotti rurali, attualmente esentati, in caso di richiamo.

***

Così come stanno le cose, se essi saranno richiamati prima del 31 dicembre 1915, rientreranno nelle norme attuali, ed avranno il grado massimo di tenenti: viceversa, se saranno richiamati dopo quel termine, non entreranno più nella legge speciale, e seguiranno le sorti comuni, prestando servizio magari come semplici soldati di sanità.

È giusto questo trattamento?

Noi crediamo di no, e ne indicheremo brevemente le ragioni.

Anzitutto, nei rapporti del grado, noi pensiamo che non si può pretendere dai detti sanitari il titolo di pareggio o di direzione di ospedale per concedere loro il grado, quando la loro attività si esplica in altro campo, campo però che corrisponde benissimo alle mansioni del medico in guerra.

« .... abituato a dover fare rapidamente la dia-
« gnosi senza l'ausilio di mezzi di laboratorio...
« ad indicare rapidamente le cure, costretto ad
« interventi chirurgici di urgenza, il medico con-
« dotto dei piccoli comuni è il sanitario che più
« si attaglia alla figura del medico militare in
« tempo di guerra... (dal *Policlinico*).

Sarebbe quindi equo che il servizio prestato in condotta fosse equiparato al servizio militare agli effetti dell'assegnazione del grado; perchè, francamente, è strano che all'anzianità, al pareggio, a tutte le altre condizioni si badi, e del tirocinio di condotta non si tenga poi alcun conto, cosa questa che dà alla condotta un disprezzo, un non so che di inferiorità, nè vero e nè giusto.

***

E vi è un'altra condizione di ordine assolutamente morale.

Sappiamo generalmente gli sforzi dei Comuni rurali per procurarsi un medico: sforzi che si riverberano sui bilanci non sempre floridi: sappiamo anche dei sacrifici che il medico, dopo aver sostenuto un concorso, affronta per sistemarsi, con la propria famiglia, in un paese rurale.

Da questi due termini emerge chiara la conseguenza del richiamo alle armi di un medico condotto di un comune rurale.

Non credo che il Governo vorrà e potrà obbligare i Comuni a conservare lo stipendio, magari ridotto, ai medici condotti titolari richiamati, mentre dovranno sopportare la spesa non lieve di un interino — spesa tassata senza appello. E d'altra parte credo si ribelli ogni sana morale quando si vuol obbligare un povero medico a percepire uno stipendio da tenente, con obbligo di dare a vivere a sè stesso ed alla propria famiglia lontana — non si è pareggiati, e quindi non si può avere nessuna speranza di rimanere nella residenza della propria famiglia — col pericolo di perdere un posto dove si era, bene o male, sistemati, un piccolo cerchio di clientela, ecc., quando in condotta a stenti si tirava innanzi una vita grama con tre o quattromila lire di stipendio.

Tutto per la patria, plaudiamo anche noi: ma non è detto poi che un collega che ha avuto la fortuna di pareggiarsi dopo pochi anni di laurea, sia capitano, restando d'ordinario nella città dove esercita, con cerchia di clientela aumentata, ed un povero condotto che ha logorato una esistenza nel sacrifizio e nel lavoro, che non paventò il colera ed il terremoto, debba ora essere trattato con lo scudiscio, prestando servizio e percependo lo stipendio magari da sottotenente.

Perchè, altro anacronismo, il medico condotto, che non è già ufficiale, è messo in condizione di non poter avere altro grado: in quanto non può fare domanda di passare nei ruoli degli ufficiali di complemento: pena l'essere considerato dimissionario dalla condotta, da amministrazioni bene informate, e bene avvedute!....

È quindi necessario tener presente ed in giusta considerazione anche lo stipendio che il medico percepiva in condotta, e la assoluta impossibilità da parte dei Comuni, di conservarlo od integrarlo.

***

Se l'on. Brunelli si persuaderà di queste ragioni, assolutamente obbiettive, della gran massa dei componenti l'Associazione dei medici condotti, farà sentire la sua valida voce presso le autorità competenti affinchè, in caso di richiamo dei medici rurali, sia assegnato ad ognuno il grado in rapporto agli anni di servizio prestati in condotta ed allo stipendio percepito.

E la Patria potrà fare sicuro assegnamento su tremila altri medici, abituati ai sacrifizi e ben allenati ad ogni disagio, i quali accorreranno senza esitazioni a prestare la loro opera colà dove vi è una gloria da conquistare, un alto dovere da compiere.

Roccadevandro (Caserta).

Dott. GIUSEPPE FARGNOLI.

### Gradi e retribuzioni dei medici richiamati.

Riceviamo e pubblichiamo le seguenti lettere:

*On. Redazione del* « Policlinico »,

Premesso che tutti gli interessi individuali debbono oggi tacere di fronte ai supremi interessi della Patria, pur tuttavia, dato che era ed è tuttora possibile provvedere a casi speciali, senza affatto ledere, o intralciare, gli obbiettivi nazionali, val la pena di affermare con precisione quanto riguarda il ceto medico, nelle circostanze attuali.

Il R. decreto n. 357 del 28 marzo 1915, assicurava la nomina a sottotenente medico a chi avesse la laurea in medicina e chirurgia; a tenente a chi avesse questa laurea da più di 5 anni; a capitano a chi possedesse una libera docenza. Già si è fatto notare da altri che poteva essere opportuno e giusto che i laureati da oltre 10 anni, o da oltre 15, potessero aver diritto egualmente alla nomina di capitano, come atto di riguardo alla loro età e, più ancora, per una giusta valutazione di numerosi titoli di pratica professionale; la quale, in molti casi, può riuscire assai più utile all'Esercito di una libera docenza in materia puramente dottrinale. Ma sta pure il fatto che a laureati da 10 e più anni, fu assegnato in realtà il grado di sottotenente; e in tal grado tuttora sono tenuti, ad onta di replicate e regolari domande.

Altra importante questione è la destinazione. Medici del tutto nuovi al servizio militare, e già maturi (ad esempio, di 38, 39 anni, ignari di vita militare perchè di 3ª categoria), furono chiamati d'autorità all'atto della mobilitazione, e immediatamente mandati a prestare servizio di reggimento, al fronte. Si assicura che questo fatto « è ammesso dal regolamento »; ma siccome è pure ammesso che possano andare i più giovani e i già iniziati al servizio speciale di reggimento, è certamente desiderabile che solo nel caso che di medici giovani non ve ne siano disponibili, si mandino agli avamposti, e vi siano trattenuti, quelli più maturi.

Tra i fatti che si potrebbero prendere in considerazione per immediati provvedimenti, altro ve n'è che riguarda i medici sotto le armi. Molti di essi, medici condotti, avevano avuto affidamento, dai rispettivi comuni, inspirantisi a circolari ufficiali, che « lo stipendio dei medici condotti sarebbe stato integralmente mantenuto, durante il servizio militare ». Invece il decreto luogotenziale dello scorso luglio, riguardante gli impiegati dello Stato e delle pubbliche Amministrazioni, fu applicato anche ai medici condotti in servizio militare; ai quali fu considerato come stipendio anche la indennità di guerra.

In pratica, accade che medici maturi si trovano, con lo stesso grado di giovani diciottenni, a dividere con loro le fatiche ed i pericoli della vita di avamposti, trattati con identiche condizioni di onorari, salvo lire 15 e centesimi 24 in più, mensilmente, per la laurea in medicina e chirurgia; ma i giovani sottotenenti non debbono provvedere che a sè stessi, mentre il medico maturo ha, a casa, una famiglia, forse numerosa, alla quale provvedere, e che non ha, per lo più, altro provento di sorta.

*Alcuni colleghi al fronte.*

*
* *

*Caro Redattore del giornale* « Il Policlinico »,
Roma.

Con vivo senso di gratitudine ti facciamo giungere il nostro plauso per avere segnalato nell'autorevole periodico le mancate promozioni dei medici militari anziani.

Ti facciamo osservare però, nella speranza che possa essere prospettato a chi di ragione, che non solo vi sono medici con 14 anni di laurea e 13 di nomina ancora tenenti, ma che in tali condizioni ve ne sono molti fra i medici di complemento, della milizia territoriale e della riserva e cioè con 15 e 16 anni di laurea e con 14 e 15 anni di nomina ad ufficiale!

La nostra è una professione che ci abitua al bene per il bene senza tanto indagare, ma non si può fare a meno, quando ce ne venga offerta l'occasione, di rilevare un contrasto tanto stridente a cui si assiste: la grande ricerca dell'opera nostra e la nessuna deferenza che ci si usa quando d'altra parte si creano carriere vertiginose in tante altre categorie d'ufficiali.

Con cari saluti.

Roma, 23 settembre 1915.
*Alcuni tuoi lettori ed ammiratori.*

*
* *

Zona di guerra, 27 settembre 1915.

*Rispettabile Redazione*
*del giornale* « *Il Policlinico* »
Roma.

Nel fascicolo n. 38 del *Policlinico* a pag. 1289 ho letto l'articolo inviato da un medico dal fronte riguardante la posizione dei medici di 3ª categoria ecc.

Aderisco completamente a quanto è detto nell'accennato articolo e plaudo codesta Redazione per la campagna giusta intrapresa in prò del diritto leso.

Al detto articolo, oltre a quanto è detto, bisognerebbe aggiungere: *e facienti parte della milizia territoriale.*

Sicuro che Le giungerà gradita la mia adesione, con osservanza mi creda

dev.mo abbonato
Dott. EMILIO COSTA
Ten. med. 8º Bersaglieri, 38º battagl.

## Cronaca del movimento professionale.

*Diffide e boicottaggi.* — Riceviamo e di buon grado pubblichiamo la seguente lettera dell'onorevole Brunelli:

Roma, 22 luglio 1915.

*Egregi colleghi del* « Policlinico »,

Assente dalla mia abituale residenza leggo solo ora la vostra nota interrogativa circa i criteri che la nostra Associazione attualmente segue nei riguardi delle diffide e dei boicottaggi.

Nessuna contraddizione.

E' nella deliberazione del Consiglio direttivo e, meglio, nelle note esplicative che in proseguo la Presidenza centrale dette al proposito sul « Medico condotto », si disse che le diffide e i boicottaggi erano sospesi per tutte le rivendicazioni economiche e di principio, ma che questi mezzi di lotta sarebbero stati ugualmente applicati ai Comuni qualora si fosse trattato di patenti illegalità o di evidenti abusi della nostra tregua per commettere rappresaglie a danno di colleghi.

Ora la diffida che voi citate riguarda appunto una patente illegalità che potrebbe essere anche una evidente rappresaglia, giacchè, come avrete visto dalla motivazione che di detta diffida si è data, si tratta di *un licenziamento allo scopo di non far prendere la stabilità al medico che stava per compiere il biennio di prova.*

Certo della pubblicazione di questo mio chiarimento ringrazio e cordialmente saluto.

Vostro: Dott. BRUNELLI.

*Per l'assistenza sanitaria civile.* — Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Milano richiama l'attenzione delle autorità civili e militari sulla necessità di mantenere integra e in piena efficienza pur in questi momenti l'assistenza sanitaria civile;

plaude al decreto luogotenenziale del 3 settembre corrente, che a questa necessità si ispira, e richiede che nelle possibili future militarizzazioni dei medici e degli infermieri, questi non siano allontanati dalla loro sede: con uno sforzo doveroso e volonteroso la doppia assistenza civile e militare può essere compiuta;

e richiede che si provveda a mantenere per l'assistenza sanitaria civile quel numero di letti che nel prossimo inverno sia da ritenersi assolutamente indispensabile;

e infine reclama che un urgente ed energico intervento governativo provveda a non lasciar mancare gli strumenti chirurgici e il materiale di medicazione e a fornire le farmacie ospedaliere e private dei medicinali necessari a giusto prezzo, mentre ora per il fatto della guerra, di molti prodotti non facilmente surrogabili alcuni sono esauriti, altri vanno rapidamente esaurendosi, e altri di uso quotidiano necessario, per effetto di una egoistica, sfrenata speculazione, aumentano vertiginosamente di prezzo.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5537) *Pensione*. — Il Dott. G. O. da S. desidera conoscere in qual modo debba regolarsi per iscriversi ora alla Cassa pensioni, avendo 56 anni di età e 29 di servizio.

Ella potrebbe profittare della disposizione contenuta nello articolo 42 del testo unico della legge sulla Cassa di previdenza perchè trovavasi in servizio alla entrata in vigore della legge 14 luglio 1898, n. 375. In virtù di tale articolo è concesso il riconoscimento di tanti anni di servizio effettivo quanti ne occorrono per completare un quindicennio anteriore alla iscrizione. Dovrebbe rimanere iscritto alla Cassa per altri dieci anni almeno e pagare in tale decennio, oltre il contributo ordinario annuale, anche il capitale corrispondente ai complessivi contributi del Comune e del medico con le quote mutue e gli interessi composti, cioè una somma che si aggira fra le 4 o 5 mila lire. Con 25 anni di servizio e 66 di età liquiderebbe la pensione di lire 1541. Tale pensione sarebbe riversibile agli orfani minorenni in proporzione della metà.

(5538) *Supplenza di un collega sotto le armi*. — Il Dottor L. L. da P. desidera conoscere se essendo stato invitato dal sindaco ad assumere la supplenza di un collega chiamato sotto le armi possa pretendere compenso convenzionale o solamente quello fissato nel capitolato per le supplenze in caso di congedo.

La permanenza sotto le armi non può essere valutata, nei rapporti della supplenza, come un semplice congedo perchè questo è di durata determinata di un mese mentre lo stato di guerra ha termine indeterminato. Non possono essere, pertanto, applicate le norme stabilite nel capitolato per le supplenze in tempo di congedo. Ella, quindi, accettando la supplenza, è libera di fissare quel compenso che crede conveniente di accordo con l'amministrazione comunale. Il sindaco non può imporle di fare la supplenza con il compenso che fosse unilateralmente stabilito dalla amministrazione.

(5539) *Stabilità - Servizio a scavalco*. — Il Dottor U. G. da C. titolare della condotta ha fatto per un periodo di tempo senza interruzione il servizio a scavalco di altra condotta rimasta vacante per la rinunzia del titolare. Avendo vinto il concorso in questa seconda condotta desidera conoscere se agli effetti della stabliità sia valido il periodo del servizio a scavalco.

Il servizio a scavalco non è computabile nel periodo di prova agli effetti della stabilità perchè manca del requisito della residenza stabile nel Comune.

(5540) *Risarcimento di danni per infortunio*. — Il Dottor F. S. da N. desidera sapere se un medico interino da oltre un anno, caduto da una vettura per imprudenza ed inesperienza del conducente, ha diritto a rivalsa di danni sia per infermità permanente o transitoria, in quali proporzioni e con quali formalità.

Il conducente che per imprudenza od imperizia cagioni danno alla di lei salute è responsabile penalmente per lesione colposa. Il padre è, invece, responsabile civilmente per i danni che le sono derivati. Ella deve fare, quindi, regolare querela e presentarla al Pretore od a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria. Il Comune non è tenuto a risarcimento di danni perchè la vettura, da cui fu determinato l'infortunio, non era municipale ma privata. Per ottenere la licenza straordinaria per infermità si munisca di certificato medico e lo mandi al sindaco. In caso di rifiuto o di ritardo nel provvedere, può rivolgersi alla G. P. A.

(5541) *Esenzione dal servizio militare*. — Il Dottor abbonato n. 5555 desidera conoscere se sia vero che tutti e due i sanitari condotti di un Comune aventi una popolazione di circa ottomila abitanti sieno esenti per legge dal servizio militare dato il numero rilevante della popolazione di quel Comune al cui servizio si trovano.

Per effetto dello articolo 1° lett. *q*) del Regio decreto 13 aprile 1911, n. 374, sono esentati da qualsiasi servizio militare due medici nei Comuni aventi popolazione fra i 5000 ed i 15.000 abitanti. Per ottenere la dispensa occorre che si presenti al Distretto militare da cui il sanitario dipende prima della presentazione alle armi un certificato dal quale risulti l'impiego che dà diritto alla dispensa e ciò per effetto dell'articolo 1° del R. decreto da convertirsi in legge del 18 marzo 1915, n. 668.

(1543) *Servizio militare*. — Il Dottor C. M. da V. della classe 1864 dimissionario ufficiale medico di complemento desidera conoscere se per disposizione speciale relativa ai medici militari, possa essere chiamato sotto le armi indipendentemente dalla chiamata della sua classe oppure in occasione della chiamata della sua classe. Desidera inoltre conoscere se essendo unico medico consorziale quali pratiche debba fare per essere esonerato da qualsiasi eventuale chiamata.

Avendo a suo tempo rassegnate le proprie dimissioni ed essendo state queste accettate, non ha al presente alcun obbligo di servizio militare, e quindi non deve presentarsi nè con la propria classe nè indipendentemente dalla chiamata di questa. Con le dimissioni subentrò negli obblighi normali di leva, obblighi che ora per ragioni di età sono completamente cessati. Solo volontariamente, cioè avanzando analoga istanza al Ministero della guerra, potrebbe essere,

come dimissionario, reintegrato nel grado e, quindi, essere chiamato in servizio. Come unico medico del consorzio ha diritto ad esenzione in caso di chiamata per effetto dello articolo 1° lettera q) del Regio decreto 13 aprile 1911. Ad ottenere la esenzione occorre che prima della chiamata si esibisca al Distretto militare da cui dipende un certificato attestante il posto che attualmente copre e la unicità del sanitario. Però questa procedura è, secondo noi, ultronea dal momento che, come si disse, ella non ha al presente alcun obbligo di servizio militare.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

CASALOLDO (*Mantova*). — Condotto per i soli poveri (abitanti 1758 di cui circa 700 poveri); L. 3000 più 600 per indennità cavalcatura, 200 più per U. S. e diritto a tre sessenni. Scad. 5 ott.

CASTELNOVO BARIANO (*Rovigo*). — Condotta generalità secondo riparto; L. 3800 oltre L. 700 indennità mezzo trasporto e L. 300 indennità alloggio. Territ. in perfetta pianura. Scad. 15 ott.

MONSELICE (*Padova*). *Ospedale Civile.* — Cercasi medico chirurgo assistente esente servizio militare. Stipendio annuo L. 3200.

ROMA. *Ferrovie dello Stato* (Direzione generale). — Concorso per titoli a medico di riparto a norma regol. approvato con decr. min. 31 dicembre 1913) per il riparto di Castel S. Giorgio, con la residenza a Castel S. Giorgio o a Firmani o a Rocca Piemonte e la retribuzione annua di lire 140. Biglietti permanenti e per un solo viaggio, e pagamento dei certificati per infortunio, ai sensi del regolamento (articoli 51 e 55). Domanda all'Ufficio sanitario di Napoli, non più tardi delle ore 17 del giorno 31 ottobre 1915.

ROMA. *Ministero dell'interno (Direzione generale delle Carceri e dei Riformatori)*. — Si ricercano sanitari disposti ad accettare la nomina presso i Penitenziari di Pianosa, di Capraia e di Bitti (Mamone), o ad assumere l'incarico in via provvisoria. Le indicazioni di nomina sono le seguenti:

1° Per *Pianosa*. — Posto di secondo medico; assegno L. 3000 annue e indennità di disagiata residenza in ragione per il primo biennio di L. 250 se celibe o vedovo senza prole, e L. 350 se ammogliato o vedovo con prole; e successivamente L. 300, 350, 450 rispettivamente. Non potendo il servizio di farmacia essere disimpegnato dal primo sanitario, sarà provvisoriamente assegnato al sanitario mediante congruo assegno.

2° Per *Capraia*. — Assegno annuo L. 2500; indennità di disagiata residenza per il primo biennio L. 150, 175, 200, e successivamente lire 200, 250, 300; con probabilità della nomina pure di medico condotto del Comune. Il concorrente deve assumere l'obbligo di prestare la sua opera di medico chirurgo tanto al personale impiegati, guardie, condannati dello Stabilimento penale, quanto alla popolazione libera di Capraia; disimpegnare altresì il servizio farmaceutico. Il Municipio di Capraia corrisponde: a) assegno annuo quale medico chirurgo L. 900; b) quale ufficiale sanitario L. 100. Il distaccamento militare corrisponde un assegno annuo (al lordo di R. M.) di L. 240. Qualora il sanitario avesse necessità di assentarsi, egli deve provvedere al servizio, facendosi sostituire a proprie spese da un altro professionista di fiducia della Direzione. Età 21 anni compiuti e non oltre i 40.

3° Per *Mamone*. — Assegno annuo L. 2500; indennità di disagiata residenza per il primo biennio L. 250, 300, 340, e successivamente lire 300, 350, 400, con probabilità dell'incarico di medico del Comune di Lode. Età 21 anni compiuti e non oltre i 40.

Qualora nessun sanitario sia disposto ad accettare l'incarico in via definitiva, il Ministero è disposto ad assumere in via di esperimento in servizio provvisorio, mediante il compenso giornaliero di L. 15 per Pianosa e per Bitti, e L. 10 per Capraia, comprendentesi in tale diaria tutti gli altri emolumenti sopraccennati. Le spese di viaggio saranno però a carico degli interessati. Così pure per il Penitenziario di Gorgona (dove dovrà esser nominato definitivo un sanitario ora richiamato alle armi) potrà provvedersi in via provvvisoria mediante la diaria di L. 10. I prescelti dovranno subito raggiungere la residenza.

ROTA FUORI (*Bergamo*). — Condotta consorziale. Abitanti 2685. Stipendio complessivo lordo L. 5000. Scadenza 20 ottobre 1915. Servizio senza obbligo di cavalcatura. Capitolato modello dell'A. N. M. C. Schiarimenti Segreteria comunale. Il Consorzio si compone di: Valsecca, abitanti 909; Rota Dentro, 339; Brumano, 325: paesi che distano dal capoluogo massimo un'ora di strada a piedi.

SALSOMAGGIORE. *Regi Stabilimenti Termali*. — Direttore; L. 12,000. Cauzione di L. 20,000. Titoli che provino l'istruzione, la coltura, le attitudini e la pratica esperienza per esercitare le attribuzioni del posto. Docum. all'Azienda di Stato in Salsomaggiore o al Ministero delle Finanze (Direzione Generale del Demanio) entro il 31 ottobre 1915. Chiedere l'annunzio.

Giovine medico U. S. esente servizio militare cerca interinato a buone condizioni. Scrivere al dott. De Capua Antonio, Campofilone (Ascoli Piceno).

*Diffide e boicottaggi*:

Revoca di diffida: Meduna di Livenza (Treviso).

Il fascicolo di ottobre della nostra sezione chirurgica conterrà i seguenti lavori:

1. Dott. Prof. O. CIGNOZZI: *Due casi di ferite di arma da fuoco a pallini della spalla.*
2. Dott. L. MANARA: *Cancro dell'utero guarito col solfato di rame.*
3. Dott. L. C. ZAPELLONI: *La prova di Bordet e Gengou nella infezione echinococcica dell'uomo.*
4. Dott. G. MORONE: *Sui cosidetti tumori misti del palato.*

# NOTIZIE DIVERSE.

## Consiglio superiore di sanità.

È imminente la convocazione del Consiglio superiore di sanità per la trattazione di importanti argomenti.

## Per i soldati ciechi.

A Firenze, su l'esempio di quanto già ottimamente si fa in Francia ed in Inghilterra, fu già aperta una Casa di convalescenza e di lavoro pei militari rimasti ciechi in guerra, ad iniziativa di uno speciale Comitato di assistenza ai feriti agli occhi, di cui sono «magna pars» la marchesa Alfieri e il dott. Bartolommei-Gioli.

La Casa dei ciechi è in un comodo e ridente villino che Ugo Ojetti ha generosamente concesso pel filantropico scopo; la direzione ne è affidata allo stesso Bartolommei-Gioli ed al professor Pietro Landriani, ciechi, apprezzati sostenitori di quanto può tornar utile agli infelici che perdettero il bene supremo della vista.

Anche a Milano, che mantiene un invidiabile primato per tutto quanto si riferisce alle provvidenze sociali ed umanitarie, la sorte dei soldati ciechi per causa della guerra è ormai oggetto di premure e provvedimenti, sia da parte dell'autorità comunale, sia da parte dell'Istituto dei ciechi, notoriamente antesignano d'ogni progresso nella assistenza di tanti infelici.

Un apposito Comitato si è all'uopo costituito nel Municipio, auspice il sindaco avv. Caldara; e il Consiglio del Pio Istituto dei ciechi si è posto a disposizione di quel Comitato, cui ha diretto una nobilissima lettera, esponendo i suoi propositi.

## L'Ospedale di guerra delle Suore Benedettine a Milano.

Da poco si è aperto ad accogliere i nostri valorosi feriti l'Ospedale militare di riserva delle Suore Benedettine. È questo un altro degli ottimi ambienti sanitari — parecchi dei quali funzionano a Milano — impiantati nei locali dove erano istituzioni religiose.

L'Ospedale delle Benedettine rappresenta una opera di carità cresciuta in silenzio per merito delle Suore Benedettine e della Croce Rossa. È sorto così un luogo sanitario dove, in meno di un mese, si è riusciti ad impiantare quanto di meglio in tema ospitaliero si possa immaginare. Si dovette ricorrere ad opere murarie, rinnovare impianti d'acqua, di luce e di gas, fondare di sana pianta tutto quanto concerne l'assistenza e la cura dei feriti. Tutto questo fu fatto sotto la saggia e solerte direzione del capitano medico Nicola Beati, coadiuvato dai soldati della Sanità Militare, da infermiere della Croce Rossa e dalle Suore Benedettine.

Gli ampi cameroni delle aule scolastiche, dove normalmente le allieve ricevono tutto quanto è necessario alla loro istruzione, divennero le corsie per gli ammalati. In ognuna di esse una ventina di letti ai primi due piani e circa cinquanta letti per corsia all'ultimo piano — lettini bianchi, lucidi, puliti — accolgono i valorosi caduti.

Tutte le garanzie volute dalla scienza, si rivelano nei particolari anche delle sale di medicazione, di preparazione e di operazione, nel gabinetto radiografico diretto dal dott. Alfredo Vassena, nell'ampio, fresco, ombroso giardino a disposizione dei convalsecnti, che completa lo aspetto quasi lieto, certo sereno e simpatico di questa nuova casa del dolore.

Dirige l'ospedale il capitano dottor Nicola Beati, assistito dai tenenti medici dottori Vassena, Giuseppe del Bino, Angelo Ricotti e Cesare Parravicini.

Insieme alle Benedettine, in maggior parte francesi, inglesi e belghe, prestano i loro delicati e pietosi servizi le nostre infermiere della Croce Rossa.

## Un nuovo ospedale francese a Milano.

Ad un appello lanciato dalla Lega franco-italiana, le città francesi hanno risposto inviando al Comitato forti somme destinate alla creazione a Milano di un ospedale da campo capace di 200 letti.

Questo nuovo ospedale verrà inaugurato — in locali già occupati dalle officine di Casa Ricordi — nel prossimo novembre.

## I nostri servizi sanitari in guerra.

Abbiamo riportato gli apprezzamenti dell'onorevole Queirolo e del senatore Marchiafava sui nostri servizi sanitari; facciamo posto ora a quelli espressi dall'on. Roberto Rampoldi, deputato di Pavia, e pubblicati nel «Corriere della Sera».

«La mia andata al fronte con due egregi colleghi medici pavesi aveva per fine precipuo di visitarvi le nostre installazioni sanitarie sia nei rispetti delle organizzazioni di gabinetti e laboratori per la profilassi delle malattie infettive e per combatterne la diffusione, dove per avventura fossero apparse già, sia per la cura diretta di ammalati e feriti negli ospedali e ospedaletti da campo e nei locali di isolamento, ecc.

«Orbene, noi abbiamo potuto constatare che tali organizzazioni, se pure sono sempre in via di maggiore sviluppo, sono tuttavia già giunte a tal punto di perfezione da dar sicuro affidamento al Paese che si è provveduto e si sta provvedendo con accurate, metodiche indagini scientifiche compiute come nei laboratori universitari ed ospitalieri e con l'applicazione sapiente di ogni espediente chirurgico e ritrovato terapeutico.

«Il corpo medico militare non lascia nulla a desiderare: sappiamo già delle prove di valore che danno quei medici che seguono da vicino l'avanzata dei reggimenti, anche in fuori dei servizi tecnici: ma è veramente mirabile osservare la serietà con la quale, tutti d'intesa unanime, medici, farmacisti, infermieri, coi quali va quasi sempre in compagnia il cappellano, silenzioso e severo, disimpegnano le loro gravi e delicate funzioni. Essi si raccolgono militarmente ed offrono un esempio veramente bello di disciplina, di compostezza e di ordine severo.

«Non posso nè devo far nomi di persone nè di luoghi: ma dovunque era pari l'ordine, dovunque pari la sollecitudine e il fervore.

«I soldati, se pur feriti o malati, sempre calmi e sereni anch'essi. Aria e luce e nettezza negli ospedali non solo, ma pure nei baraccamenti e nelle tende. Nessun disordine nelle retrovie, nessuna confusione, nessun ingombro. Quando si entra nei luoghi dove malati e feriti son raccolti e curati, si ha come un forte com-

movimento nell'animo nell'osservare come essi sorridano sempre ai loro consolatori! Mai un atto di impazienza, mai un segno di rancore. Passano dagli occhi dei soldati a quelli dei loro ufficiali sguardi di confidenza, che sono insieme di rispettosa diferenza: saluti e sorrisi benevoli scambiano gli ufficiali coi loro soldati.

« Si ha questa impressione sintetica: con tale disciplina, con tale unità di intento e di affettuosa corrispondenza fra i soldati d'ogni grado, si avanzerà sempre; nè è possibile che si torni indietro ».

**L'opera degli ufficiali medici.**

Un ufficiale dei granatieri ha diretto al « Giornale d'Italia » una lettera da cui stralciamo il seguente brano:

« Dalla riconoscenza della Nazione — egli scrive — non va dimenticata l'opera grande di sacrificio, di abilità, di ordine che, nelle trincee, in campo aperto e negli ospedaletti da campo, compiono giornalmente i nostri ufficiali medici. Dopo un combattimento fui trasportato, tempo addietro, in un ospedaletto da campo, situato in una casa di un paesello occupato, e non tardai a ricordarmi di averci sostato due mesi prima, cogli altri ufficiali del battaglione durante la nostra vittoriosa avanzata; ma quale trasformazione! Camere pulite e imbiancate, reparti ben distinti e segnati da apposite targhette a muro, sala operatoria, letti e brande con buona biancheria: poi vitto, cura e assistenza come non si potrebbe pretendere in un ospedale territoriale: tutto ordine, tutto pulizia. Nei pochi giorni che vi sono rimasto, ho sentito tutti i ricoverati, ufficiali e soldati, parlare con la più sincera fiducia e riconoscenza delle operazioni sollecitamente eseguite da questi sanitari che sono sempre vicino ai loro ammalati notte e giorno, vigilando a tutto, prodigando loro le cure più affettuose ».

**I libri per i soldati feriti.**

Fino dagli inizi della nostra guerra il Ministero dell'istruzione diramò norme intese a promuovere e facilitare la raccolta e la distribuzione del materiale librario destinato alla lettura degli ufficiali e dei soldati degenti negli ospedali e nominò un apposito delegato nel dott. Adolfo Orvieto.

Ora il Ministero della guerra, d'accordo con quello dell'istruzione, raccomanda all'attenzione dei direttori di sanità e dei direttori degli ospedali questo servizio e li invita ad ammettere un rappresentante del Comitato locale per i libri ai soldati, a visitare i reparti per verificare come il servizio proceda.

Inoltre assicura franchigie di trasporti per le casse o pacchi voluminosi, spediti dai Comitati agli ospedali o ai Comitati dagli editori.

**Le condizioni sanitarie dell'Italia.**

La « Neue Zurcher Zeitung » ha pubblicato che il colera serpeggia in tutta Italia e che a Milano si sarebbero verificati già 600 casi.

Tali informazioni non hanno fondamento. Le condizioni sanitarie del Regno sono ottime. A Milano non si è verificato nessun caso di colera.

**Medico ferito.**

Il dott. Alessandro Donati, capitano medico, caduto da cavallo in seguito allo scoppio di una granata austriaca, è rimasto gravemente ferito.

**Il valore d'un tenente medico.**

Il « Corriere della Sera » narra di un tenente medico genovese, il cui reparto era impegnato all'assalto di una serie di vasti e formidabili trinceramenti. L'azione vigorosa e violenta era condotta dall'impeto del comandante, che procedeva innanzi a tutti. Ad un tratto il comandante cadde ed i soldati ebbero un attimo d'indecisione, del quale il nemico già profittava; ma il tenente medico, affidati i feriti agli aiutanti, si strappò il bracciale della Croce Rossa e si slanciò tra i soldati riconducendoli all'assalto. Le trincee vennero espugnate alla baionetta. Colpito una prima volta, nella fase risolutiva delal lotta, egli s'era fatto forza ed aveva continuato a combattere. Preso di mira una seconda volta assai da vicino, era caduto con uno squarcio largo al petto. Volle tuttavia che nell'ospedaletto da campo fossero curati per primi i suoi soldati.

L'eroico collega, del quale non è fatto il nome, è stato proposto per la medaglia al valore. Le sue ferite sono gravi.

**Pietà austriaca.**

Il corrispondente di guerra dall'Italia della « Gazette de Lausanne » narra di un ferito austriaco, caduto tra le nostre trincee e quelle nemiche, distanti appena una dozzina di metri; il nostro comandante mandò dapprima quattro militi della Croce Rossa muniti di bracciale, poi un medico e alcuni militi che spiegavano una grande bandiera della Croce Rossa; poi ancora del personale della Croce Rossa accompagnato da un cappellano, che sulla sottana nera portava il bracciale della Croce Rossa. Tutte e tre le volte il personale di soccorso venne ferito e dovette desistere dall'opera pietosa! Tra gli altri fu ferito il cappellano.

Dopo 36 ore il ferito cessava di gemere.

**Ecatombe di medici tedeschi.**

Secondo il « Giornale tedesco di medicina » le perdite del Corpo sanitario della Germania dal principio della guerra ascendono a 783 medici (compresi gli studenti di medicina), dei quali 228 rimasti uccisi o morti in seguito a ferite, 362 feriti, 81 prigionieri e 120 mancanti. Ammessa esatta, per la Germania, la cifra di oltre un milione e mezzo di morti in guerra o per ferite riportate in guerra comunicata al Senato francese, valutazione forse esagerata, si sarebbe avuto dunque in Germania un medico morto ogni 6000 combattenti.

Il rapporto sembra più elevato per la Francia e l'Inghilterra, data la predilezione dei tiratori tedeschi per la Croce Rossa, tanto che gli ospedali debbono essere tutelati abbassando l'emblema della Croce Rossa. Tuttavia il numero effettivo di medici uccisi o morti in seguito a ferite è certo notevolmente minore, data la minore entità delle perdite complessive.

Secondo il « Giornale dell'Associazione medica americana », circa 1430 dentisti della Germania sono stati sul campo di battaglia. Di essi 123 sono rimasti uccisi, 78 feriti e 11 fatti prigionieri. Questi professionisti fanno parte del Corpo sanitario, ma vengono impegnati solo quando è richiesta la loro competenza professionale: di essi 853 sono nei ranghi, 320 prestano servizio ausiliario presso le truppe o negli ospedali, 177 prestano servizio ausiliario nella propria residenza.

## Rassegna della stampa medica.

*Edinburgh Med. Journal*, ag. CROOM: Scopolamina-morfina nel travaglio. — BODY: Trattamento del gozzo esoftalmico. — ROSS: I disturbi oculari nella nevrastenia. — FORDYCE: Maternità e tutela dell'infanzia.

*The Lancet*, 7 ag. MADDEN: Sulla vaccinoterapia. — ROLLESTON: Aortite maligna. — MC QUEEN: Meccanoterapia delle fratture.

*Gazz. d. Osp.*, 10 ag. MASSAGLIA: L'opoterapia nella glicosuria da insufficienza pancreatica. — RECUPERO: Sulla reazione di Landau.

*La Presse Méd.*, 12 ag. EMILE-WEIL: Il trattamento delle emorragie con i sieri sanguigni. — ZELIN: Il drenaggio pelvico mediante incisione sopra-pubica.

*La Rif. Med.*, 14 ag. FERRANNINI: Sull'infantilinismo mitralico. — CAPPELLANI: Corioepitelioma e mola infiltrante.

*Brit. Med. Journ.*, 14 ag. SCHAEFER, BROADBENT: L'avvelenamento da gas irritanti.

*Il Cesalpino*, 15 ag. LEONCINI: La valutazione medico-legale delle emorragie intracraniche sottodurali.

*Giorn. intern. d. Sc. Med.*, 15 ag. DE SANDRO: Il medico pratico di fronte alle albuminurie.

*Pensiero Med.*, 15 ag. PERUSSIA: La prima automobile radiologica italiana. — FAGIUOLI: Sul tetano. — MANTELLA: Leishmaniosi interna (Kala-azar).

*La Clin. Med. Ital.*, giu.-ag. PELLEGRINI: L'ittero nella polmonite. — PRETI: L'uricemia nel saturnismo. — DOZZI e DALLA BONA: Reazioni zonali fra estratti eterei urinosi e sieri antitubercolari. — MICHELI: Sull'emoglobinuria parossistica a frigore.

*L'Igiene d. Scuola*, ag. MILESI: Sugli alunni con difetti al cavo naso-faringeo.

*Annaes Paulistas de Med. y Cir.*, nn. 3-5. MARCONDES: Gli anestetici in ostetricia. — NETTO: Sutura circolare dell'arteria femorale. — PUECH: Osteo-periostite cronica dell'omoplata.

*Medic. Record*, 31 lug. KNOPF: Balneoterapia della tubercolosi. — MAC MURTRIE: Per i deformi in Germania. — HUNT: Il delirio.

*L'Igiene Soc.*, nn. 6-7. ASCOLI V.: La Lega Nazionale italiana contro la tubercolosi. — TAMBURINI: L'Alleanza antitubercolare Romana.

*L'Idrologia*, ecc., giu. SICCARDI: La terapia igienica e fisica della tubercolosi.

*The Lancet*, 14 ag. GRIFFITH: Le cause che determinano la posizione del feto nell'utero. — TIDY: Vaccinoterapia dei feriti. — HALL: Emottisi da alta tensione. — BRASHER: Congestione renale transitoria.

*Riv. d'ig. e di San. Pubbl.*, 16 ag. CALDERINI e DATTA: La reazione di Abderhalden nella rabbia.

*Biochim. e Ter. Sperim.*, n. 2. SEBASTIANI e FORNERO: Sulla reazione di Abderhalden. — CANTIERI: Terapia colesterinica nell'anemia grave.

*Ann. di Medic. Nav. e Colon.*, giu. INTRITO: Razione alimentare del marinaro. — BRUNO: Colpo di calore. — TACCHETTI: Vaccinazione antitifica tra i militari della R. Marina a Taranto.

*La Tubercolosi*, giu. COLONNA: Le cure chirurgiche della tubercolosi polmonare.

*L'Attualità Med.*, lug. ASCOLI A.: Diffusione e profilassi della dissenteria bacillare. — BELFANTI: Il tetano.

*The Journal A. M. A.*, 31 luglio. DERCUM: Recenti aspetti della patologia nervosa e mentale. — CORBETT: Le glandole soprarenali nello shock. — ALVAREZ: Le funzioni motrici dell'intestino da un nuovo punto di vista. — SKOOG: Compressione del midollo spinale da leptomeningite saccata.

7 ag. WHIPPLE: L'occlusione intestinale. — LICHTY e ZURHORST: I risultati remoti delle malattie delle vie biliari. — KYLE: Diagnosi precoce della mastoidite.

*Medic. Record*, 7 ag. ROHDENBURG e BULLOST: Influenza dei prodotti autolitici sui tumori. — KELLOGG: Sull'alimentazione nel tifo.

*The Journal of experim. Med.*, 1 ag. NEWBURGH e PORTER: Il miocardio nella polmonite. — MC LEAN: Sull'eliminazione dell'urea e dei cloruri. — DANDY: Estirpazione della glandola pineale. — CHICHERING: Concentrazione delle sostanze protettrici nel siero antipneumococcico.

*The Americ. Journal of the Med. Sc.*, ag. OSBORNE: La sindrome di Raynaud. — LANDIS e LEWIS: Sifilide dei polmoni. — GERHARD: La pleurite. — KRUMBHAAR: Classificazione ed analisi dei tipi clinici di anemia splenica. — MELLON: Colture e vaccinoterapia nel morbo di Hodgkin. — STEIN: Le febbri tifacee (gruppo del tifo), entericoidi e paraenteriche.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.    L. Pozzi, resp.

Anno XXII. Roma, 10 ottobre 1915 Fasc. 41

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



*Interessantissima pubblicazione* **di palpitante attualità**
fatta espressamente compilare per cedere in

**Premio semigratuito**

ai nostri signori abbonati:

**Dott. GIACINTO QUARTA,** aiuto negli ospedali di Roma, Lib. Doc. di Patologia Spec. Medica nella R. Università

**Vademecum della infermiera**

**in casa e negli ospedali**

con speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in guerra

Un volume in 16° grande, di circa 250 pagine, nitidamente stampato, con 94 figure intercalate nel testo

**(per i non abbonati al « Policlinico » - Prezzo L. 4).**

**Ai nostri Signori Associati si spedisce per sole L. 2.50 franco di porto.**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## LAVORI ORIGINALI.

### Lesioni del naso e cavità accessorie in guerra

per il prof. GHERARDO FERRERI
direttore della R. Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, colonnello ispettore medico principale della Croce Rossa.

(*Continuazione; vedi fasc. precedente*).

FERITE D'ARMA BIANCA E DA FUOCO DEL NASO

Le ferite del naso si distinguono in quelle da armi da punta, da taglio e contundenti, le quali ultime comprendono tutte le armi da fuoco. Esse presentano vario interesse dal punto di vista chirurgico e medico-legale, a seconda che saranno soltanto colpite le parti molli o anche l'impalcatura scheletrica del naso, divenendo in tal caso la ferita penetrante, nel più semplice dei casi, entro le narici e negli altri più complicati dentro l'orbita, la bocca, i seni accessorii della faccia e l'endocranio.

È segnalato un aumento delle ferite da punta e penetranti della regione nasale, negli assalti alla baionetta delle trincee; un sintomo costante è l'enfisema alla radice del naso e, nei casi in cui l'arma penetrò nell'endocranio, la emorragia sarà accompagnata da scolo di liquido cefalo-rachidiano. La prognosi sia sempre riser-

vata e il trattamento consisterà nel riposo assoluto, nella disinfezione accurata della ferita, nell'applicazione della vescica di ghiaccio sulla regione colpita.

Le ferite da taglio erano senza dubbio più comuni nelle guerre passate dove prevalevano i combattimenti all'arma bianca e contro grandi masse di cavalleria armate di sciabole e lance. Adesso queste mutilazioni nasali sono più segnalate nelle guerre coloniali, dove i barbari mutilano il naso ai prigionieri, come al tempo di Sisto V in Italia si punivano i ladri e al tempo degli Egiziani, dei Greci e dei Romani si punivano le adultere.

Ne seppero qualche cosa nella guerra italo-abissina i nostri prigionieri che in gran numero, fra le tante altre mutilazioni, subirono pure questo sfregio senza nemmeno la speranza di avere come negli eserciti combattenti in Europa un chirurgo che riparasse prontamente tale deformità. Infatti più è sollecito l'intervento con la sutura del moncone e maggiormente si assicura la riunione primitiva della ferita nasale anche quando esso fu completamente distaccato.

Riportarono esempi di brillante successo Larrey, Beranger-Ferand, Martin, ecc., in cui la ferita per arma bianca non aveva soltanto interessato le parti molli del naso, ma eziandio le guance ed il labbro superiore intaccando l'impalcatura ossea fino al palato. E, quando queste ferite da strumenti taglienti non siano infette, spesso riusciranno anche dopo qualche ora che avvenne il trauma a guarire con sutura di prima intenzione. Galin e Hoffacker poterono con delle griffe far di nuovo aderire un moncone di naso dopo circa un'ora che fu distaccato. In genere la parte separata dopo la sutura resta pallida e fredda per parecchio tempo, il che non ci farà temere che debba necrosarsi, purchè si custodisca con medicatura sufficiente caldo-umida per riattivare la circolazione.

Alle sezioni di sanità e agli ospedali di prima linea nelle ferite da taglio superficiali e profonde che siano, il chirurgo si limiterà alla disinfezione, alla emostasi e alla sutura o col catgut a punti staccati o con le griffe metalliche. Nelle ferite che abbiano quasi nettamente staccato il naso dalla sua radice e compresa l'impalcatura scheletrica sarà alle volte da consigliarsi d'introdurre nelle due narici come sostegno i tamponi compressi scanalati che serviranno di appoggio e di emostasi, permettendo in pari tempo la respirazione. Di questi tamponi dovrebbero sempre avere una buona scorta le ambulanze militari.

Agli ospedali territoriali sarà riservato il trattamento chirurgico di tutte le ferite d'arma bianca che hanno lasciato perdite definitive di sostanza del naso, non potendosi comprendere nella chirurgia d'urgenza la correzione delle deformità post-traumatiche. Non è sui campi di battaglia che il chirurgo ha da perdere il tempo in ingegnose operazioni di estetica e per le quali si richiede ponderazione e genialità non comune, sia che si tratti di rifare *in toto* il naso o di restaurarne una parte o di modificare una forma anticosmetica.

### RINOPLASTICHE

La genialità dei chirurgi si è sbizzarrita nelle rinoplastiche indispensabili a riparare alle perdite più o meno estese di un organo di cui si è così gelosamente orgogliosi come una delle note caratteristiche della fisonomia umana, tantochè Edmond Rostand fa a Cirano de Bergerac esclamare quest'ampollosa apologia del suo naso:

« Enorme, mon nez!
Vil camus, sot camard, tête plate apprenez
Que je m'enorgueillis d'un pareil appendice,
Attendu qu'un grand nez est proprement l'indice
D'un homme affable, bon, courtois, spirituel,
Libéral, courageux, tel que je suis, et tel
Qu'il vous est interdit à jamais de vous croire,
Déplorable maraud! car la face sans gloire
Que va chercher ma main en haut de votre col,
Est aussi denuée.... ».

Ma in verità l'arte chirurgica non è mai riuscita a costruire dei nasi artistici ed anzi si può dire che quest'arte era più in voga, più accreditata e più felice riguardo agli esiti nei tempi in cui le guerre erano più frequenti che nel secolo attuale; il combattimento individuale (corpo a corpo) dava un maggior contingente di estesi traumi e demolizioni del naso che richiedessero una sollecita o tardiva riparazione.

Dell'arte rinoplastica ci saranno sempre maestri gli antichi e fra loro se ne contano dei famosi fra gl'italiani, dimodochè è bene richiamare l'attenzione dei medici militari per quest'argomento a meditare sulla letteratura classica chirurgica del nostro paese.

La rinoplastica ebbe in Italia le sue origini antichissime e cultori illustri sino al Riberi (1839); verso la metà del XV secolo il Branca da Catania già ricostituiva il naso con un lembo autoplastico della faccia. Il figlio Antonio Branca ricorse invece a un lembo preso dal braccio, metodo imitato poi da Pavone, da Mongitore, dai fratelli Boiani, dal Tropea, dal Vianeo di Calabria, da Ronzano i quali tutti furono celebri nell'arte di ricostruire i nasi col processo noto come metodo italiano o del Tagliacozzi di Bologna, che ebbe il merito verso la metà del secolo XVI di rimettere in onore e diffondere quanto i Branca avevano fatto.

Nel secolo XIX De Graefe ritornò al metodo del Tagliacozzi ribattezzandolo come tedesco, solo abbreviandone i tempi. Nel 1830 Larrey ricorse per la plastica nasale a un lembo della guancia portato per scorrimento e trazione sulla perdita di sostanza, secondo l'antico metodo di Celso, ma che i francesi non esitano a chiamare metodo francese.

Mentre l'Italia vedeva riaprirsi la carriera della rinoplastica a mezzo di lembi da altre parti del corpo, si annoverava pure un'applicazione di un'altra *vecchia curazione di naso mozzato*. Già il Fioravanti, emulo del Tagliacozzi, aveva raccolto un naso reciso da un colpo di sciabola e l'aveva innestato di bel nuovo *in situ* ottenendone il ripristino. Il Carlizzi (1832) fece altrettanto dopo un violento morso.

Le migliori fonti nella letteratura antica e moderna, relativa alle perdite di sostanza ed alle deformità post-traumatiche del naso, sono: « Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face » di Serre e l'opera pubblicata nel 1904 da C. Nélaton e A. L. Ombrédanne sulle « Rinoplastiche ».

Val la pena di riportare un breve brano storico di Serre sui casi più originali di perdite di sostanza accidentali interessanti quasi la totalità del naso guarite di prima intenzione con la sollecita sutura del frammento distaccato.

« Si era — egli dice — nell'India talmente persuasi della possibilità che si potesse aggiustare un naso separato dal corpo che l'esecutore usava di gettarlo in un braciere immediatamente dopo averlo amputato. Al contrario, in Italia, si fu sempre meno severi verso i malfattori che si punivano in questa maniera; così vedemmo più di una volta dei delinquenti riuscire a farsi rimettere il loro naso senza che risultasse la minima deformità. E ciò che Henri di Moenicken assicurava aver inteso a dei testimoni oculari e in particolare a Molinelli, suo maestro, allora celebre professore d'anatomia e chirurgia a Padova, di cui il padre, abile chirurgo a Venezia, aveva reso questo servizio segnalato a un italiano di buona famiglia all'esecuzione del quale aveva assistito nel 1826.

« D'altra parte Garangeot racconta che durante una rissa fra due soldati, l'uno d'essi asportò con un morso tutta la parte cartilaginosa del naso dell'avversario, poi la gettò nel ruscello. Sopravvenne allora un barbiere per nome Gaulin che, dopo aver raccolto il frammento dell'organo, lo lavò nel vino caldo e lo rimise a posto sulla faccia del ferito; quattro giorni dopo il naso era adeso.

« Regnault rimette a posto il naso d'un uomo chiamato Londund che l'aveva avuto distaccato dai denti d'un contrabbandiere; il ferito l'aveva portato nel suo fazzoletto, dove era arrivato freddo e nero. Il chirurgo lo lavò con l'acquavite canforata; l'applicò: esso riprese. Leyser fece riprendere il naso d'un giovanotto. Loubet, medico d'armata, riattaccò con successo il naso d'un giovane ufficiale reciso alla battaglia di Rocroi.

« Cetelius, dopo un'ora di duello alla sciabola, dove un ferito aveva perduto il naso, lo rimise a posto: esso riprese.

« Brindenbach assisteva ad un duello; una sciabolata staccò il naso di uno degli avversari; un cane vi si gettò sopra, ma finì col cederlo al chirurgo che glielo riprese nella gola; la plastica riuscì ».

Questi differenti esempi degni di fede provano dunque con sovrabbondanza che un naso completamente sezionato accidentalmente è suscettibile di riprendere, alla condizione tuttavia che il frammento staccato sia riapplicato in un brevissimo intervallo.

Disgraziatamente il chirurgo ha molto raramente l'occasione d'intervenire a un momento così vicino all'accidente e noi sappiamo, d'altra parte, che le perdite di sostanza interessando la totalità del naso sono il più sovente consecutive a un processo patologico che ha distrutto progressivamente l'organo.

Abbiamo voluto riportare questi esempi utilissimi a richiamare l'attenzione dei medici militari sulla necessità e il dovere che loro incombe di prestare la più scrupolosa e sollecita cura delle ferite deturpanti del naso quando ancora la parte distaccata conserva una innervazione ed una irrorazione sanguigna favorevoli all'attecchimento del moncone.

Molte volte una pronta sutura di esso risparmierà dolori e sconforto all'individuo rimasto con un naso incompleto o da doversi ricostruire con una plastica sempre ben lontana artisticamente dalle illusioni che egli si era create. Si rammenti che il naso fu detto bersaglio della macchina umana e che Tagliacozzi invece esaltò con le seguenti parole: « Inest nescio quid augustum et regium ».

Per riparare una perdita totale del naso la scelta a seconda dei casi sarà fra i tre metodi di rinoplastica più conosciuti: l'italiano, l'indiano ed il francese. Il primo sarà più conveniente per le vaste distruzioni e quando i pazienti si rifiutino di avere altre cicatrici sulla fronte e sulle guance.

Per noi il metodo indiano con la modificazione di Ollier e Langenbeck che comprende nel lembo il periostio frontale è quello che risponde meglio alla pratica corrente e che garantisce il successo della plastica per la buona nutrizione del lembo quando esso sia stato fatto a pe-

duncolo laterale in modo da contenere una delle arterie frontali interne.

Il metodo francese verrà impiegato a preferenza per le rinoplastiche parziali prendendo uno o due lembi simmetrici sulla guancia da ciascun lato della perdita di sostanza e che abbiano il loro peduncolo presso la radice del naso (metodo di Nélaton).

I risultati di queste rinoplastiche sarebbero transitorii perchè i lembi tendono sempre ad affondarsi a poco a poco assumendo così il naso artificialmente rifatto una forma grottesca. Per evitare questo inconveniente si propose di restaurare il naso con dei lembi appoggiati su di un sostegno di platino, oro, argento od alluminio. Si è ricorso anche alla ricostruzione del naso con un sostegno metallico compreso fra due piani di lembi. Il metodo di Berget consiste nel dissecare due lembi triangolari la cui base d'impianto corrisponde ai margini laterali della perdita di sostanza. Questi lembi vengono ribattuti da fuori indentro e suturati sulla linea mediana in modo che la loro faccia cruenta sia in avanti e la cutanea indietro. Su questo primo piano di plastica si applica la faccia cruenta di un altro gran lembo dissecato dalla fronte, i cui bordi vengono suturati ai margini della perdita di sostanza rimasta dopo la dissezione dei lembi della faccia; fra i due piani dei lembi plastici sarà applicato un sostegno di platino appoggiato sulla spina nasale e sulle branche montanti dei mascellari superiori.

Visto però che questi apparecchi protettori erano per lo più mal tollerati dai tessuti e compromettevano il successo delle plastiche, si rinunziò ad essi sostituendovi un sostegno osteoperiostale (metodi König e Nélaton). La rinoplastica di Nélaton comprende due tempi: *a*) innesto di un pezzo dell'ottava cartilagine costale sotto il periostio del futuro lembo frontale; *b*) confezione e messa in posto del lembo frontale. Per sollecitare la cicatrizzazione della ferita frontale quando la piaga sia coperta di buone granulazioni vi si faranno degl'innesti alla Thiersch.

Ma tutti questi metodi di rinoplastica che debbono essere noti ai chirurgi militari, come si comprende bene, non appartengono alla chirurgia d'urgenza e saranno solamente eseguiti con maggiore calma e nelle migliori condizioni di tempo e di ambiente negli ospedali territoriali.

Avremo però casi in cui si tratta soltanto di dover praticare plastiche parziali del naso e che con le dovute cautele possono eseguirsi dai medici militari anche senza attendere di mandare i feriti nelle unità ospedaliere di seconda linea che non sono soggette a improvvisi spostamenti. Dovendo ad esempio ricostruire il lobulo è buono il metodo di Rouge, il quale consiste nel tracciare sul dorso del naso un lembo quadrilatero con due incisioni orizzontali che si rende mobile sulla parte media facendo scivolare a piatto un bisturi fra l'osso e la cute; si abbassa questo lembo e si sutura la perdita di sostanza i cui bordi furono ravvivati; la breccia così prodotta sarà colmata da un lembo simile preso al disopra del primo.

Molto migliore è il metodo italiano col quale si riesce a costruire non solo il lobulo, ma anche il segmento anteriore delle narici. Il lembo vien preso sulla parte anteriore e inferiore del braccio, a due dita trasverse dal pugno in fuori dalla linea mediana. Questo lembo deve avere una base concava rimanendo per il suo apice aderente all'avambraccio. Prima di suturare il lembo brachiale ai bordi della perdita di sostanza questi devono essere ravvivati distaccando per un certo tratto dai tessuti sottostanti la parte residuale delle ali nasali che in genere sono attirate in alto. I margini della ferita dell'avambraccio saranno fissati accuratamente ai bordi della perdita di sostanza del naso con crine di Firenze. Il braccio sarà tenuto in posto con delle assicelle gessate e la mano poggerà sulla fronte da cui la separa un cuscinetto di ovatta per evitare la contusione del naso. Al 15° giorno si taglia il penduncolo del lembo, che potrà essere utilizzato alla ricostruzione del sotto-setto nasale. Per riparare a perdita di sostanza delle ali del naso si prenderà il lembo o dalla guancia o dal labbro superiore. Preferibile è prendere il lembo dal labbro superiore mediante due incisioni verticali a peduncolo superiore. Si rovescia e si sutura alla perdita di sostanza trattando la ferita del labbro come quella del labbro leporino.

Se si vuole evitare in tutti i modi una cicatrice sulla guancia ricorreremo anche in questi casi al metodo italiano, come consiglia Nélaton. Si pratica al disotto dell'orificio anteriore delle fosse nasali un'incisione obliqua ascendente che va dal sotto-setto al solco naso-genieno. Quindi alla cute del labbro superiore si fissa con sutura un lembo dissecato dell'antibraccio e si ricostruisce la narice nel modo che segue: ravvivati tanto i bordi della perdita di sostanza quanto il bordo del lembo riparatore si porterà questo da fuori in dentro torcendolo sopra se stesso, in modo che il suo margine esterno divenga superiore suturandolo alla perdita di sostanza nasale. La sutura della mucosa delle fosse nasali è fatta con fili sottilissimi di catgut. Essendo stata rovesciata la faccia cruenta del lembo essa guarderà allora in avanti: si rovescia quest'estremità sopra se stessa per portare in avanti la doccia epidermica del lembo e così con

questa ripiegatura si forma il bordo della nuova narice. Le superficie cruentate sono riunite con sutura di crine di Firenze. Il vantaggio del metodo italiano sugli altri è principalmente quello di evitare la graduale atresia consecutiva alle plastiche quando la nuova narice non è cutizzata sulle due facce. Anche per ricostruire il sotto-setto nasale si deve prendere un lembo dal labbro superiore: quindi si torce il lembo o si fa scivolare a seconda che il peduncolo è inferiore o superiore.

Tutti i metodi di rinoplastica in fondo non presentano difficoltà operatorie; ma in genere, sia pure eseguite dai più abili chirurgi, ben di rado conducono ad esito felice riguardo all'estetica, di modo che più o meno tardi è necessario ricorrere alle iniezioni di paraffina fusibile a 45°. Si può adoperare una siringa di Pravaz o quella di Gersuny o l'altra di Broeckaert. Resa asettica la regione nasale s'introduce l'ago della siringa a qualche distanza dal punto dove deve accomodarsi la paraffina.

La iniezione verrà eseguita con dolcezza nel tessuto sottocutaneo comprimendo col pollice e l'indice la radice del naso per impedire la diffusione del liquido. Fatta l'iniezione si modella la regione iniettata prima che siasi solidificata la paraffina. Questo metodo di protesi dev'essere noto ai chirurgi militari sia per riparare alle deformità traumatiche nasali, sia per migliorare la cosmesi nelle plastiche nasali che lasciano sempre esteticamente molto a desiderare.

Come per tanti altri nobili tentativi della chirurgia si sono imputate alle iniezioni protesiche di paraffina alcune gravi complicazioni, tra cui la flebite della facciale, la trombosi delle vene oftalmiche, gl'infarti polmonari, ecc. Una precauzione possiamo raccomandare prima di spingere con l'ago l'iniezione di paraffina nel tessuto sottocutaneo, quella cioè di assicurarci ch'essa non penetri in una vena. Se in verità dovessimo arrestarci dinanzi a tutti gli accidenti che hanno accompagnato ogni nuovo trionfo della chirurgia, saremmo condannati ad una paurosa inerzia nemica di ogni progresso umano.

* * *

Come si può immaginare, non sono tanto le ferite da punta e da taglio quelle che prevalgono nelle guerre moderne; ma le lacero-contuse, sovratutto da proiettili di guerra, le quali ben di rado sono superficiali e quasi sempre penetranti nel cavo orbitale e bucco-faringeo, nei seni della faccia e nell'endocranio, complicate dalla presenza dei più svariati corpi estranei (pelle, schegge di metallo, frammenti di vestario, ecc.).

Legouest ricorda un individuo che emise dalla bocca una palla che gli si era 18 anni prima conficcata nel seno frontale. Lemaîre estrasse un frammento d'obice che era a cavaliere del setto osseo nasale e che da 4 anni era causa di una rinite purulenta fetida. Nella nostra Clinica furono registrati due casi interessantissimi di corpi stranieri. Un paziente affetto da seno fistoloso all'angolo interno dell'occhio ed operato di sinusite fronto-etmoidale portava incistato a sua insaputa un pezzo di drenaggio lungo 5 centimetri da molti anni; l'altro con occlusione quasi totale delle narici aveva un moncone di pipa incuneato nella base del cranio, che fu estratto dalla bocca sulla guida della radiografia.

Le ferite lacero-contuse da proiettili di guerra sono accompagnate da più o meno vasta distruzione dello scheletro osteo-cartilagineo del naso, vuoi immediatamente per l'atto dell'esplosione, vuoi in seguito per processo necrotico consecutivo al trauma. I postumi che rientrano nel campo attivo della chirurgia militare sono le deformità per insellatura e affondamento del naso, come pure restringimenti e occlusioni delle narici.

Allorchè la deformità consiste nella depressione esagerata della radice del naso e l'elevazione anormale della sua punta, sarà a discutersi se convenga correggere l'insellatura con una iniezione di paraffina o con una plastica. Quando manca il sostegno del setto osteo-cartilagineo, bisogna ricorrere per la correzione dell'insellatura nasale ai mezzi cruenti di plastica. Il metodo di elezione è quello di Helferich. Si traccia un lembo nasale a forma di *V* rovesciato la cui convessità corrisponde alla radice del naso: quindi sul centro della fronte si fa un secondo lembo a forma di *V* e a convessità superiore avendo la precauzione di lasciarci aderente uno straterello d'osso. Si rovescia questo lembo con la faccia cruenta in avanti che viene ricoperta con un lembo nasale. Dopo tre settimane s'inciderà trasversalmente il peduncolo del lembo frontale; sulla piccola superficie corrispondente alla glabella granuleggiante verranno fatti degli innesti alla Thiersch.

Altro metodo più complicato da ricordarsi è quello di Nélaton col quale si viene a dare ai lembi un sostegno organico fatto di cartilagine. Basta richiamare la tecnica già descritta dall'autore per la rinoplastica totale e avremo l'idea fondamentale che ne ha guidato l'applicazione alla cura delle insellature traumatiche.

Mentre nelle ferite del naso d'arma bianca e da fuoco, che ne hanno asportato una porzione o la totalità, nelle sezioni di sanità di prima linea il chirurgo militare deve rispettare rigorosamente la medicina conservativa (in quanto che

in un gran numero di casi non si può subito giudicare della entità e vastità della perdita di sostanza sin quando non sono eliminate le parti necrosate), negli ospedali territoriali invece sarà in obbligo di conoscere tutte le risorse dell'arte sia per ottenere una restaurazione dell'organo, sia per riparare ai restringimenti ed alle occlusioni cicatriziali delle narici.

Questi esiti sono per lo più la conseguenza di perdite di sostanza delle pareti laterali del naso seguite da aderenze estese e profonde con il setto, talvolta per tutto il percorso delle narici dal vestibolo alle coane, in guisa da essere la stenosi completa.

I disturbi respiratorii fastidiosissimi, l'anosmia, i fenomeni nervosi riflessi e specialmente le flogosi faringee ed otitiche quasi immancabili s'imporranno presto al chirurgo militare in favore di un intervento che ristabilisca da un lato il passaggio dell'aria attraverso le narici, dall'altro provveda con una rinoplastica alla cosmesi della faccia.

Nei casi di stenosi parziale delle narici si tenterà la graduale dilatazione di esse con le sonde metalliche di Chiari, lasciate in sito per diverso tempo, oppure coi cilindri di laminaria o i tamponi compressi e nelle parziali atresie cicatriziali il galvano-cauterio sarà spesso utilissimo a sezionare le sinechie.

Quando però le lesioni sono troppo estese, di guisa che l'orificio nasale come tutto il percorso della narice sia sostituito da un tessuto inodulare, la tecnica accennata sarebbe insufficiente ed è preferibile allora resecare in primo tempo i tessuti cicatriziali, rispettando attorno al residuale orifizio delle narici più che è possibile la mucosa che sarà estroflessa e suturata alla cute; dopo qualche tempo si ricorrerà ad una plastica scegliendo fra i tanti metodi quello di Nélaton, a nostro avviso incontestabilmente il più geniale e il più sicuro per la riuscita; di questo metodo demmo già breve cenno in precedenza.

### FRATTURE DEL NASO

Il naso per la sua forma e sporgenza sembra destinato ad essere il bersaglio, in tutte le età, dei più svariati traumatismi diretti, siano cadute, colpi violenti inferti su questa regione e corpi stranieri d'ogni genere, compresi i cosidetti proiettili morti, che vengono da lunga distanza a colpirlo. Sono molto rare le fratture limitate alle ossa proprie del naso e per lo più interessano anche la volta delle fosse nasali ed il setto osteo-cartilagineo. In un caso di Holmes la frattura era stata prodotta da un bastone di cui, all'autopsia, si trovò la punta ferrata nel cranio a sinistra della sella turcica. Molte volte per trasmissione ossea la frattura delle ossa nasali si accompagna a quella della lamina perpendicolare e della lamina cribrosa dell'etmoide. Di rado, ma pur furono segnalate fratture indirette o per contraccolpo delle ossa proprie del naso e dell'etmoide in seguito a cadute violenti sull'occipite, in cui si ebbe una frattura postero-anteriore paramediana della base del cranio. Quenu ne ha riportato un caso in cui la linea di frattura contornava il forame occipitale e seguiva le suture petro-basilare e sfeno-petrosa, rispettando la rocca; quindi frazionava la sella turcica per raggiungere la lamina cribrosa dell'etmoide.

Le fratture delle ossa proprie del naso riportate in guerra di rado sono semplici e unilaterali; comunemente sono comminute e bilaterali, data la natura dei traumi che per solito colpiscono il naso (colpi violenti, cadute, calci di cavallo, ecc.). La direzione delle fratture è anche variabilissima; nelle trasversali il frammento inferiore che non è fissato coll'osso frontale tende a portarsi indietro, donde un infossamento angolare come di colpo di ascia sul dorso del naso. Nelle fratture comminute dell'impalcatura si unisce la perforazione della cute e della lamina cribrosa, dell'unguis, dell'apofisi montante del mascellare superiore e sovratutto del setto. Diconsi queste fratture complicate e sono di solito quelle che avranno in discreto numero da soccorrere i medici militari che seguono l'artiglieria, la cavalleria, il treno e truppe da montagna.

La sintomatologia varia molto a seconda della gravità e dell'estensione delle fratture. In quelle semplici, essa si riduce ad un'epistassi transitoria, a cefalea frontale, a dolorabilità spontanea e provocata della volta del naso e qualche volta a crepitazione. La cute è costantemente ecchimosata e la mucosa delle narici tumida così da ostacolare la respirazione nasale. Nei casi leggeri molte volte sarà difficile distinguere una contusione grave da una frattura senza ricorrere alla radiografia.

Nelle fratture complicate invece la sintomatologia assume un'importanza ben maggiore. Oltre l'epistassi, spesso profusa e allarmante, apparisce assai sollecitamente l'enfisema, ora limitata alla radice del naso e alla regione frontale inferiore, ora diffusa alle palpebre e alle guance in modo da rendere mostruosa la faccia. L'enfisema dipende dalla lacerazione della mucosa e dall'istintivo bisogno che hanno i pazienti di soffiarsi il naso per espellere il sangue che ostruisce le fosse nasali. Se il traumatismo oltre le ossa nasali comprese il labirinto etmoi-

dale, si avranno con molta probabilità fenomeni di commozione cerebrale.

Riguardo ai sintomi locali, non solo vi può essere ecchimosi e soluzione di continuo lacero-contusa, ma avvallamento delle pareti nasali con fuoriuscita di frammenti, enfisema diffuso, crepitazione, deformità del naso. Lo scolo di sangue diviene una complicazione seria quando sia lacerato un vaso importante. L'epistassi spesso è accompagnata e quindi seguita da scolo di liquido cefalo-rachidiano; in principio lo scolo sarà rosso rutilante, quindi roseo come lavatura di sangue e infine trasparente e limpido, aumentando in qualsiasi sforzo (tosse, sternuto, azione di soffiarsi il naso) e inclinazione della testa in avanti.

Lo scolo del liquido cefalo-rachidiano dal naso si distinguerà dalla sierosità viscosa di una rinite e sinusite concomitante, perchè questa sierosità ha i caratteri d'un liquido infiammatorio (leucociti, albumine, ecc.). La puntura lombare sarà un elemento importante di diagnosi per stabilire se nella frattura dell'impalcatura ossea nasale è compresa la lamina cribrosa. In tal caso il liquido cefalo-rachidiano sarà sempre tinto di sangue ed in iperpressione.

Quando alla frattura delle ossa nasali si complichi quella delle pareti dei seni frontali, si noterà rigonfiamento e dolore limitato a questa regione, infossamento della parete anteriore che cede sotto il dito come un coperchio, crepitazione, fuoriuscita d'aria attraverso una ferita dei tegumenti, qualora esista infiltrazione d'aria sottocutanea (enfisema) o sotto il periostio (pneumocele). Nelle fratture della volta nasale che abbiano anche compromesso l'osso unguis e la parete interna del cavo orbitario, avremo ecchimosi ed enfisema sottocongiuntivale, esoftalmo, ptosi, diplopia, fotofobia, immobilità del globo oculare, ecc. Nelle fratture comminute della volta nasale noteremo un'alterazione più o meno profonda dell'odorato per compressione e distruzione del nervo olfattivo. Fra gli oculomotori la paralisi del nervo patetico interessante il muscolo grande obliquo è piuttosto comune nelle fratture nasali.

La condotta del medico militare comincerà ad essere abbastanza delicata al momento in cui dovrà stabilire se si tratta di una frattura delle ossa nasali. A tal uopo dovrà rievocare tutte le risorse diagnostiche differenziali per distinguere una contusione semplice da una frattura o da una lussazione delle ossa nasali e del setto; un semplice enfisema dovuto a lacerazione della pituitaria da quello prodotto da fuoriuscita di frammenti delle ossa infrante nelle fratture non esposte. In questi casi oltre al crepitio dell'enfisema vi sarà quello dei capi ossei. Non trascuri mai il medico militare la rinoscopia, la radioscopia e, in caso che sospetti la frattura della lamina cribrosa, la puntura lombare per dare anche il primo giudizio prognostico e curativo.

Infatti nelle fratture semplici limitate alle ossa proprie del naso, la prognosi è benigna, data la rapida riparazione delle ossa, meno qualche deformità che potrà essere a suo tempo riparata con la plastica di paraffina. Nelle fratture invece comminute o esposte estese all'etmoide, al cavo orbitario, l'evoluzione dipenderà da numerose contingenze che dovranno far sempre riservata la prognosi da parte del medico militare.

I soldati che soffrirono di questo genere di fratture non saranno senza precauzioni messi nei treni e spediti a destinazione, ma trattenuti in riposo nelle sezioni di sanità di prima o seconda linea. Quivi fin dal primo momento, oltre le cure locali disinfettanti, se le fratture sono esposte, non si trascurerà la vescica di ghiaccio al capo, l'uso della morfina per combattere la commozione cerebrale, la puntura lombare quando vi siano segni di versamento sanguigno sottodurale che minacci fatti di compressione.

La frattura diviene allora un fatto accessorio e il chirurgo militare comprenda il soldato fra i malati più gravi di lesioni del capo, in cui la vita del paziente dipende da un'abile condotta fra la chirurgia attiva e quella conservativa. Ne sanno qualcosa i neuropatologi che dopo periodi di guerra veggono aumentati nelle loro cliniche i casi di lesioni meningo-encefaliche post-traumatiche tardive che forse si sarebbero potute evitare con opportuni interventi chirurgici. Infatti dopo fratture comminute dell'impalcatura nasale sono comuni le cefalee persistenti, le crisi di epilessia jaksoniana, i disturbi psichici, dipendenti da lesioni meningo-encefaliche che subirono una lenta trasformazione sclerosa. Fra le tante complicazioni tardive fu pure ricordato, in seguito a dislocamento dei frammenti delle fratture, l'ernia cerebrale e il pseudomeningocele cerebrale, specie attraverso il labirinto etmoidale.

Ritornando ora al trattamento in genere delle fratture nasali è bene insistere che nei primi giorni consecutivi al trauma, ad eccezione di una medicatura antisettica delle ferite tanto della cute quanto della mucosa, il chirurgo militare deve astenersi da qualsiasi applicazione di apparecchi che potrebbero far cadere in necrosi le parti molli del naso contuse e tumefatte. Ci si guardi bene anche nelle fratture senza spostamento di frammenti di fare irrigazioni nasali o schizzettatura d'acqua ossigenata, acqua salata, acqua borica, ecc., per evitare complica-

zioni settiche a carico dei seni e dell'orecchio medio. La disinfezione del naso verrà fatta con miscele oleose antisettiche versate a gocce nelle narici o spruzzate con un polverizzatore.

Dopo quattro o cinque giorni essendo diminuita la tumefazione delle parti molli sarà possibile riconoscere se esiste spostamento di frammenti e allora diviene facile ridurli sotto l'azione del cloroformio. Questa riduzione va compiuta o con le dita o con pinze da medicatura a branche larghe e smusse o con le pinze a leva di Cl. Martin: questa pinza è formata da una branca inferiore che prende il punto d'appoggio sopra la impalcatura nasale. Essa è munita a livello della articolazione di un cercine che le impedisce di penetrare al di là del limite necessario. La branca superiore è mobile e si raddrizzza nella direzione del dorso del naso; essa è articolata mediante un sistema speciale che moltiplica considerevolmente lo sforzo della mano. Grazie a questa pinza il raddrizzamento delle ossa proprie diviene facile, il sollevamento si fa lentamente e in maniera progressiva. Se ne controlla la gradazione palpando con la mano sinistra la radice del naso durante l'operazione. Se manca la pinza di Martin si può ricorrere al dilatatore di L. Tripier, adoperato nella chirurgia generale a condizione di foderare le branche con dei piccoli drenaggi di caoutchouc. Una volta che si è raggiunto il raddrizzamento si mantengano i frammenti in buona posizione mediante un tamponamento serrato di garza asettica in ciascuna delle fosse nasali. Ottimo strumento per ridurre e sollevare i frammenti delle ossa nasali avvallate è pure l'apparecchio ideato da De Rossi, ma si ritenga che nelle fratture nasali disgraziatamente non si può contare sopra un apparecchio unico che risponda a tutti i casi.

Compiuta la riduzione dei frammenti della frattura li manterremo in posto con l'apparecchio gessato di Chandelux. Esso si compone di una diecina di doppi di garza disposta sopra una striscia verticale da dove partono dei prolungamenti frontali e labiali. Dopo la riduzione della frattura l'apparecchio gessato è applicato sul naso, che deve essere in linea retta assoluta; un aiuto manterrà la buona posizione fino alla completa essiccazione del gesso. La linguetta superiore aderisce ai capelli che saranno rasi a questo livello; i prolungamenti frontali e labiali sono fissati per mezzo del collodione; la striscia principale è con cura ribattuta da ogni lato sopra le parti laterali del naso. L'apparecchio è lasciato in posto quindici giorni.

Ci sono poi le fratture esposte o complicate in cui, oltre l'imperiosa necessità di sottoporre ad una scrupolosa antisepsi il focolaio della frattura per scongiurare accidenti talora mortali, occorre riparare alle future deformità dell'organo e ai disturbi funzionali che talora ne derivano (dispnea, asma, epifora, dacrio-cistite) in seguito alla viziosa o esuberante formazione del callo osseo. È qui che il chirurgo militare potrà dar prova della sua abilità operatoria. Dato che ci sia una ferita delle parti molli si approfitterà di essa per sollevare da dentro in fuori frammenti avvallati e regolare con pinze osteotome le punte sporgenti che tendono a necrosarsi. Quando non esista ferita esterna è molto meglio intervenire ponendo a nudo il focolaio del trauma con un'incisione regolarmente mediana. Si cercherà di essere meno aggressivi che sia possibile nell'asportazione dei frammenti ossei e ciò perchè non sia troppo viziosa la deformità in seguito al consolidamento del callo osseo. Dopo aver rimesso a posto i frammenti ossei di una frattura nasale complicata e suturata l'incisione dorsale mediana, si applicherà l'apparecchio gessato di Chandelux.

### LUSSAZIONI DEL NASO

Accenneremo ora alla lussazione delle ossa proprie del naso che da alcuni vengono ammesse (Beniamino Bell, Heister, Bourguet, Longuet, Hamilton) o da altri negate o almeno credute rare e per lo più associate alla loro frattura. A nostro avviso invece si riscontrano più frequenti che non si creda nella chirurgia di guerra in seguito a colpi violenti inferti sul naso diretti seguendo un piano normale alla faccia. Per solito non sono facilmente riconosciute, perchè in genere incomplete e accompagnate da una forte tumefazione delle parti che impedisce di distinguere a priori la natura della lesione profonda.

Nella lussazione completa delle ossa nasali, che è nel maggior numero dei casi unilaterale, si scorgerà dal lato della lussazione una depressione circoscritta alla porzione ossea, mentre la parte cartilaginea conserva la sua posizione normale; dalla parte opposta invece esisterà una deviazione in massa della piramide nasale. La sinfisi naso-frontale è dolorosissima alla pressione, specialmente quando con due dita s'imprimano dei movimenti laterali. S'intende che l'ostruzione nasale è sempre più notevole dalla parte in cui è avvenuta la lussazione. La riduzione delle ossa nasali lussate si compie assai bene coll'apparecchio di De Rossi; ma va eseguita al più presto. Sicchè nei casi in cui la diagnosi sia un po' dubbia il chirurgo militare reclami una radiografia del soldato sinistrato.

### FRATTURE E LUSSAZIONI DEL SETTO

I medici militari chiamati a soccorrere un individuo che abbia subìto un colpo violento sul

naso non trascurino l'esame rinoscopico in quantochè il setto osseo-cartilagineo va soggetto più che non si pensi a fratture e lussazioni. Zuckerkandl volle appunto spiegare il meccanismo di siffatto trauma localizzato al setto. Secondo questo anatomico, a contatto del dorso nasale è molto più estesa la porzione cartilaginea che la ossea del setto per cui quella sarà anche più esposta alle lussazioni e fratture. È solo nelle fratture comminute estese delle ossa proprie nasali che potranno anche riscontrarsi infrazioni del setto osseo nasale. S'è però dato qualche caso di frattura della lamina perpendicolare dell'etmoide in seguito a violento traumatismo diretto sulla radice del naso: le fratture del vomere sono rare.

Per lo più quando il traumatismo non fu molto grave, il suo effetto si riduce a lussare in blocco tutta la cartilagine quadrangolare, distaccandola dal vomere. Perciò il margine posteriore della cartilagine si porterà in forma di sporgenza a lato della spina nasale ostruendo la narice e il margine libero di essa formerà sul pavimento un nuovo solco. Altra volta la lussazione si accompagna a frattura che può essere semplice o multipla, trasversale e sagittale, con accavallamento dei frammenti, deviazione del setto e deformità dell'osso del naso. Quando non si provvede con sollecitudine all'assestamento dei frammenti, la riparazione avviene con un callo fibroso deformante che ostruisce una o ambedue le narici. In genere nelle lussazioni e fratture del setto la mucosa rimane integra; ma si scolla dando luogo ad un ematoma, che produrrà in seguito colla sua organizzazione un maggiore ispessimento del punto fratturato.

Nei soldati però in seguito a fratture comminutive del naso esterno sovente si riscontra pure una frattura complicata ed esposta del setto cartilagineo che comunica con l'aria esterna per una soluzione di continuità della mucosa. Sono questi i casi in cui facilmente per infezione secondaria si manifesta una condro-pericondrite del setto con necrosi e sequestro parziale o totale della cartilagine che verrà più o meno tardivamente eliminato.

Allorchè la frattura o la lussazione (come nelle cadute dall'alto, nei colpi violenti di box, bastone, calci di cavallo, ecc.) fu accompagnata da escoriazioni e ferite della mucosa di rivestimento del setto, vedremo di solito all'ematoma succedere l'ascesso e una raccolta purulenta di origine stafilococcica. L'ascesso del setto è caratteristico, riscontrandosi nelle fosse nasali una tumefazione simmetrica, molle, fluttuante, di colorito roseo, situata sulla parte anteriore del setto. Formatasi la raccolta, essa va evacuata con un'incisione ampia su ambo i lati del setto parallela al pavimento nasale. Purtroppo quando il trauma fu molto grave o distruttivo, l'infezione assai virulenta, l'evacuazione del pus eseguita con troppo ritardo, il paziente sarà esposto alla necrosi della cartilagine e quindi alla perforazione del setto.

Come dunque già dicemmo in principio, di fronte a un militare che abbia subito un colpo violento sul naso e presenti immediatamente ostruzione delle narici, epistassi rapida, tumefazione della mucosa rivestente il setto, sarà subito sospettata una frattura o lussazione della cartilagine quadrangolare. Se inoltre si aggiungano deviazione laterale della punta del naso, appiattimento del dorso, crepitio nei movimenti laterali della punta, raccorciamento dell'apertura nasale e all'esame rinoscopico si noti un infossamento profondo e limitato da un lato con rigonfiamento della mucosa dall'altro, oppure la mucosa del setto lacerata a brandelli con scopertura della cartilagine ed accavallamento di frammenti, avremo tutti i dati per la diagnosi di frattura e lussazione del setto.

Le fratture e lussazioni del setto, tosto che sia passato il periodo acuto del trauma, richiameranno l'attenzione del chirurgo, tanto per riparare alle deformità permanenti di quest'organo, quanto per evitare tutti i disturbi funzionali che accompagnano le stenosi nasali post-traumatiche e che sono sempre più gravi di quelli che hanno origine da alterazioni morbose d'altra natura.

Non è da meravigliare che negl'individui sinistrati in guerra per traumi del setto osteo-cartilagineo nasale insorgano dopo, come fenomeni postumi, sinusalgie frontali, emicranie oftalmiche, disturbi visivi, aprosexia, crisi epilettoidi, asma riflesso, anomalie dell'olfatto, polluzioni notturne, ecc.

Per concludere, al chirurgo militare si presenteranno nelle fratture e lussazioni del setto osteo-cartilagineo nasale due circostanze di dover prestare utilmente la sua opera, l'una immediatamente dopo l'accidente e l'altra in un periodo tardivo per correggere la deformità residuale del trauma. Nel primo caso, dopo avere preso le precauzioni antisettiche d'uso, senza mai ricorrere ad irrigazioni e schizzettature e sotto l'anestesia generale si ridurranno i frammenti o con le dita o con le pinze da compressione di Delstanche, De Rossi, ecc. Ridotta la frattura o corretta la deviazione dipendente dalla lussazione si tamponeranno ambedue le cavità nasali o con strisce di garza al vioformio o con drenaggi di guttaperca che permettano il passaggio dell'aria, o con i nostri tamponi di cotone compresso.

Nel secondo caso si tratterà con la resezione sottomucosa totale della cartilagine quadrangolare di correggere una deviazione esagerata del setto che ha dato luogo a stenosi di una o di ambedue le narici, oppure di asportare con una incisione dorsale mediana un callo esuberante che ha fuso insieme in uno stesso tessuto osteo-fibroso la cartilagine del setto con le ossa proprie del naso. Dopo aver escisso il callo osseo e resecato le parti sporgenti del setto si procederà alla sutura profonda e superficiale con fili di catgut dell'incisione dorsale mediana del naso. Introdotti nelle due narici due tamponi compressi si applicherà all'esterno l'apparecchio gessato di Chandelux.

(*Continua*).

# NOTE E CONTRIBUTI.

## Per un vaccino antitifico atossico.

La vaccinazione antitifica determina disturbi reattivi locali e generali piuttosto intensi. L'impiego di due o tre dosi crescenti attenua questi fenomeni sgradevoli, ma non li elimina; d'altra parte rende incomòda la pratica delle vaccinazioni e, malgrado tutto, si dimostra incapace di destare un'immunità salda e durevole.

Il *desideratum* di conferire nel più breve tempo e col minimo disturbo il massimo di protezione e per una lunga durata, verrebbe soddisfatto qualora il vaccino potesse rendersi atossico senza intaccarne il potere immunizzante. Basterebbe una sola dose massiva di questo vaccino ben tollerato per conferire un'immunità stabile di alto grado: la pratica delle vaccinazioni risulterebbe semplificata.

Mi sono proposto di ricercare se lo iodio fosse in grado di far subire al vaccino antitifico questa trasformazione, analogamente a quanto esso opera per le tossine difterica e tetanica e per le tubercoline.

Le mie ricerche sono state interrotte da forza maggiore quando erano appena avviate. Tuttavia non mi astengo dal comunicarle, in vista dell'interesse che si avrebbe a riprenderle.

Gli animali di laboratorio si mostrano resistentissimi al vaccino antitifico. Piccole cavie tollerano senza disturbi apparenti il vaccino III della Sanità (il più concentrato) in dosi 5-10 volte superiori a quelle usate per l'uomo, il che importa anche una lieve intossicazione fenolica (0.5 %).

Una sola volta ebbi uno shock anafilattico tipico scatenato dalla seconda iniezione a dieci giorni dalla prima; l'animale morì due giorni dopo.

Data la scarsa reattività degli animali, ho provveduto ad allestire da me un vaccino molto ricco di germi, valendomi dello stesso stipite della Sanità. Le colture in piastre d'agar, raschiate e sospese in soluzione fisiologica, venivano sottoposte alla temperatura di 53° durante un'ora. Vi aggiungevo il 0.5 % di iodio (da una soluzione di Lugol appena preparata, per evitare che contenesse acido iodidrico). Come controllo usavo il fenolo al posto dello iodio, nella stessa proporzione.

Il vaccino iodico appena preparato ha il colore bruno conferitogli dallo iodio libero; poi si decolora più o meno. Quando contiene iodio libero determina con facilità la necrosi dei tessuti circostanti al punto d'iniezione. Allo stesso modo si comporta la semplice soluzione di Lugol diluita. Quest'azione necrotizzante viene a mancare se si allestiscono sospensioni batteriche dense, capaci di fissare tutto lo iodio; ovvero se lo iodio in eccesso viene neutralizzato per mezzo di una soluzione diluita d'iposolfito sodico, fino ad ottenere la scomparsa del colore bruno.

Era mio intendimento di raffrontare i due vaccini iodico e fenolico sotto i seguenti riguardi: 1° azioni tossiche (dose letale); 2° attitudine a destare le reazioni immunitare (agglutinazione, fissazione del complemento, potere battericida); 3° grado di resistenza conferita verso l'infezione tifosa.

Ho dovuto smettere le ricerche sulle cavie perchè queste si comportavano in modo irregolare e ne morivano anche di quelle non trattate (correva una moria di cavie). Mi hanno corrisposto di più i conigli; tuttavia ne morirono pure di quelli non trattati (si trovarono affetti da coccidiosi).

In tre coppie di conigli ho iniettato, per ogni animale, una ventina di patine di coltura prelevate da piastre di media grandezza, in due o tre riprese, sotto cute o nel peritoneo.

I conigli di ogni coppia erano trattati in modo rigorosamente identico, l'uno con vaccino iodico, l'altro con vaccino fenolico.

Tutt'e due i vaccini hanno determinato intensa agglutinazione (1:1000-1:2000 macroscopicamente). Questa anzi era più marcata per il vaccino iodico, di come non fosse per il controllo. La fissazione del complemento è stata pure positiva per tutt'e due i vaccini: faceva da antigene una sospensione appena lattescente di una coltura vecchia di più giorni (come consiglia Felke, *Münch. Mediz. Woch.*, 27 apr. 1915). Negativa per tutt'e due i vaccini è stata la ricerca del potere battericida, saggiato col metodo Stern e Korte quale è descritto da Fornet (in Kolle e Wassermann, II ediz.).

Queste ricerche provano che *il trattamento con iodio non modifica le proprietà antigene del vaccino antitifico*. Tenderebbe piuttosto ad esaltarle.

Circa la tossicità dei due vaccini, in una coppia di conigli è morto quello trattato con vaccino fenolico; in un'altra coppia quello trattato con vaccino iodico (i conigli della terza coppia sono stati uccisi da me). Considero questi risultati come poco conclusivi, perchè, come si è detto, morivano anche dei conigli testimoni.

Le ricerche esposte — le quali possono valere solo di orientamento — sono state intraprese e dovevano essere proseguite nell'Istituto di Farmacologia e Materia Medica dell'Università di Roma, messo gentilmente a mia disposizione dal prof. G. Gaglio. Le prove sulle reazioni immunitarie sono state verificate dal mio amico prof. De Blasi, nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma.

Ai proff. Gaglio e De Blasi esprimo i miei sentiti ringraziamenti.

Dott. L. VERNEY.

## L'alimentazione del soldato.

L'alimentazione del soldato in guerra ha costituito e costituisce uno dei più gravi problemi. È un problema che si riconnette essenzialmente a quello dello stato sanitario delle truppe ed a quello dell'economia della nazione. In una guerra di breve durata quale era lecito sperare oggi dati i moderni potenti mezzi di distruzione, il problema avrebbe avuta una certa importanza, ne ha acquistata un'altissima nell'attuale guerra europea, che ha acquistato carattere di cronicità.

Il soldato in guerra deve essere ben nutrito perchè possa essere resistente alle fatiche, ai disagi, alle intemperie, perchè possa difendersi dalle infezioni che d'ogni parte lo insidiano, perchè possa mantenere alto il proprio spirito.

In Germania ed in Austria dove le preoccupazioni maggiori sono rivolte agli effetti del blocco navale, che isola i due Stati dal mondo e li fa rassomigliare a due enormi fortezze cinte d'assedio, si è pensato alla riduzione ed alla trasformazione dell'alimentazione delle popolazioni civili, non di quella dei soldati. La dieta di questi ultimi sia per quantità che per qualità non pare modificata, mentre il regime alimentare dei borghesi va gradatamente avvicinandosi alla dieta ridotta ed economica di Chittenden.

Ma nutrir bene il soldato, non vuol dire alimentarlo troppo e tanto meno eccedere in quegli alimenti, che una vecchia quanto falsa teoria scientifica, facilmente radicatasi nell'opinione pubblica, fa ritenere sempre vantaggiosi all'organismo anche quando sieno introdotte in eccesso: vogliam dire le sostanze proteiche, e più specialmente la carne.

Una buona alimentazione invece deve avere una composizione che armonizzi perfettamente con i rispettivi bisogni dell'organismo. Come è noto la dottrina dell'alimentazione umana ha subìto negli ultimi tempi delle radicali trasformazioni.

Le cifre date dai primi fisiologi ed igienisti hanno subìto delle sensibili riduzioni sia in rapporto alla massa totale degli alimenti necessarî giornalmente all'uomo per mantenere l'equilibrio organico, sia per quel che riguarda più particolarmente il bisogno delle sostanze azotate.

Le oramai classiche esperienze del Chittendem hanno dimostrato che i bisogni alimentari dell'uomo sono di molto inferiori non solo ai dati precedentemente fissati dai fisiologi, ma anche a ciò che effettivamente l'uomo in media oggi consuma. Le teorie del Chittendem capovolgono la dottrina del Malthus: i prodotti della terra sono sufficienti ai bisogni dell'umanità; non è necessario quindi che la moltiplicazione degli uomini si arresti, conviene invece che gli uomini riducano al giusto la loro razione alimentare. Si è obbiettato che le esperienze del Chittendem non sono state abbastanza lunghe e numerose per poter dare dei risultati veramente sicuri e conclusivi: la applicazione forzosa che se ne fa ora in così vasta scala nei popoli della Germania e dell'Austria risponderà a tali obbiezioni.

Comunque sia ed a parte le esagerazioni è certo che si mangia troppo, e troppo mangiano anche ora i soldati di tutte le nazioni belligeranti. Il soldato in guerra è considerato come un individuo sottoposto ad un lavoro faticoso e che consumi quindi in media circa 3400 calorie. Un tale consumo è certo soggetto a delle oscillazioni per il peso, la età del soldato e del clima nel quale egli combatte: condizioni queste soggette ad una estrema variabilità specie nella guerra attuale.

Di queste 3400 calorie dovrebbero essere date 257 dalle sostanze azotate (gr. 70), 605 dai grassi (gr. 70) ed il resto dagli idrati di carbonio (circa 615 grammi).

Tenuto conto però che il maggior numero dei soldati si trova nell'epoca dello sviluppo, e che quindi ha bisogno di una maggiore quantità di sostanze plastiche, gli albuminoidi possono essere aumentati fino a 100 grammi.

Un'alimentazione fissata su tali dati non può dirsi deficiente, anzi se si dovesse giudicare alla stregua dei più moderni concetti scientifi-

ci sembrerebbe certamente eccessiva. Tuttavia le tabelle alimentari dei varî eserciti ora in guerra oltrepassano anche tali limiti.

L'esercito inglese (prendo questi dati da un recente magnifico articolo del tenente generale medico della R. Marina, prof. Rho) sta al riguardo in prima linea: ad ogni soldato inglese vengono somministrate giornalmente 3645 calorie, delle quali 679 vengono date da ben 567 grammi di carne; e quando il soldato si trovi in trincea vengono aggiunte ancora 727 calorie sotto forma di legumi, grasso, the, zucchero, rum.

In Germania ad ogni soldato in guerra si danno 3385 calorie, in Francia 3111; tanto nell'una che nell'altra razione il maggior numero di calorie in confronto della razione di pace è dato dall'aumento della carne che raggiunge fino i 500 grammi al giorno. Nell'esercito austro-ungarico si danno 3157 calorie, ma contrariamente a quanto avviene negli altri eserciti, c'è una più giusta distribuzione dei singoli alimenti: il maggior bisogno di calorie non si chiede alla carne, ma agli altri alimenti energetici, gli idrati di carbonio ed i grassi.

Dai calcoli fatti fare dal prof. Rho risulterebbe che la razione del nostro soldato in tempo di pace è uguale a 3394 calorie, mentre attualmente in guerra sarebbe uguale a 3373. Il valore energetico dunque della razione del soldato italiano sarebbe in guerra più basso che in pace. Una tale incongruenza si deve verisimilmente al fatto che aumentando la quantità giornaliera di carne da 200 a 375 si è creduto di aumentare il valore nutritivo della razione. E tutto ciò a scapito delle sostanze veramente energetiche: la quantità di pane (750 grammi) è rimasta inalterata, la pasta è stata ridotta da 85 grammi a 61.2 grammi, il riso da 108 grammi a 88 grammi. Non v'ha chi non veda come la razione di guerra sia sotto molti aspetti inferiore a quella di pace e quel che è più non rispondente al tipo etnico del nostro soldato.

Certo la quantità di calorie somministrate è più che sufficiente: per quanto inferiore alla superlativamente eccessiva data al soldato inglese, è pressochè uguale a quella data al soldato tedesco e francese, di poco superiore a quella data al soldato austriaco.

Ma non è nella quantità totale della razione alimentare che è il difetto, il difetto è nella distribuzione quantitativa dei singoli componenti. Con una razione così fatta si vengono a dare circa 151.31 grammi di sostanze azotate, mentre come abbiam visto anche per un individuo sottoposto ad un lavoro molto faticoso secondo le moderne vedute 100 grammi di tali sostanze sono già eccessivi.

Ma quel che più conta si è che tale aumento di albuminoidi è dovuto unicamente all'aumento della carne. Noi tutti sappiamo quali danni sull'organismo produca l'eccesso di alimentazione carnea, e come questi danni possano essere anche maggiori quando si tratti di individui poco o nulla abituati a tale genere di alimento.

Gli italiani sono tra gli uomini civili quelli che più si accostano al tipo vegetariano: il loro nutrimento è a base di erbaggi, legumi, frutta, riso, granturco, grano. L'italiano è il mangiatore classico e disprezzato del più perfetto dei cibi, i maccheroni, il geniale alimento della stirpe italica, come li chiama il Luciani. Esso costituisce l'alimento più perfetto sia per la giusta proporzione delle sostanze proteiche, degli idrocarbonati e dei grassi, sia per la loro digeribilità ed utilizzazione. Sarebbe stato quindi più logico aumentare nella razione del soldato in guerra questo alimento.

Si è aumentato invece solo la carne ed a discapito delle vere sostanze energetiche un po' per il preconcetto che la carne costituisca un alimento di sicura e rapida utilizzazione, un po' perchè si è ritenuto che essa per il suo piccolo volume sia più facilmente trasportabile nella zona di guerra. E non si è tenuto conto delle difficoltà di trasporto della carne viva e di tutti gli ingombranti servizî necessarî per una gran quantità di animali e della loro mattazione, che deve esser fatta il più che sia possibile vicino al luogo del consumo.

Ad ogni modo aumentando la carne nella dieta del soldato si è venuto a diminuire il valore nutritivo complessivo della dieta, e ciò conta poco perchè, come abbiamo visto, le calorie fornite al soldato sono eccessive, ma si è venuti a creare uno stato di cose dannoso alla salute del soldato.

All'eccesso di alimentazione carnea si deve verisimilmente quella forma di diarrea, che i francesi chiamano erroneamente da trincea: essa nel nostro esercito si è verificata dovunque, nelle trincee come nelle retrovie.

Per dar molto si è finito per dar troppo e male. Il legionario romano che pur doveva sostenere fatiche ben più gravi di quel che sostiene il soldato moderno aveva una razione pari a 2482 calorie, che erano fornite solo per una piccola parte dalla carne.

Senza voler passare per vegetariani è certo che l'eccesso di alimentazione carnea di cui ora vien gravata la razione del soldato non è giustificata nè dalla fisiologia nè dall'economia e forse neppure dalla logistica.

La carne costa molto e ancor più costerà, è ingombrante più di quel che non si crede e distrae per il suo trasporto e per la sua preparazione un buon numero di uomini.

Sono stati attribuiti all'uso di una dieta prevalentemente carnea molti disturbi a carico del sistema nervoso, del fegato, dei reni e degli organi della circolazione. Sono disturbi però che in ogni caso si verificano dopo anni e anni di tale dieta e giova quindi augurarsi che per la quistione che ci occupa non avremo mai ad occuparcene. Importerebbero invece i disturbi a carico del tubo digerente, ma anche di questi si potrebbe trascurarne l'importanza se l'eccesso di alimentazione carnea fosse giustificato per altri motivi.

Noi abbiamo già visto come per il soldato, che si può considerare come un individuo soggetto ad un intenso lavoro, gli alimenti indispensabili sono gli idrati di carbonio ed i grassi; le sostanze proteiche hanno una importanza secondaria.

L'uso immoderato della carne non contribuisce a dar forza nè al corpo nè allo spirito del soldato. Sono gli idrati di carbonio ed i grassi quelli che contribuiscono in maggior misura a ridare l'energia che si consuma.

I due *coolies* di Baelz a Tokio non mangiavano che riso e quindi non ingerivano che da 60 a 80 grammi di albumina al giorno e pure trasportavano gli uomini ogni giorno per chilometri e chilometri. Una volta trasportarono un uomo di 65 chilogrammi per 115 chilometri: Baelz che li seguiva dovette cambiare ben sei volte la cavalcatura, e non riuscì a precederli che di mezz'ora. Gli indiani portatori di dispacci si pascono di riso, eppure percorrono giornalmente almeno 20 leghe da una ad un'altra città e persistono in questo regime per settimane. Gli agricoltori russi, come ricorda il Luciani, vivono di legumi, di aglio, di pane bigio e di latte e lavorano per 16-18 ore al giorno. I contadini norvegesi conoscono appena l'alimentazione animale, eppure accompagnano sempre correndo le vetture dei passeggieri per 3-4 leghe. Gli operai e battellieri egiziani moderni hanno una forza muscolare assai notevole; eppure da tempo immemorabile si nutrono quasi esclusivamente di meloni, di fave, di lenticchie, di cipolle, di datteri e di granturco. I minatori dell'America del Sud, che secondo Head non mangiano carne, trasportano sulle loro spalle pesi di 200 libbre, montando 12 volte al giorno in media scale verticali di 60-80 metri. Gli operai dell'Alta Baviera, secondo Ranke, forniscono giornalmente un enorme lavoro; eppure si nutrono quasi esclusivamente di 1100-1200 grammi di farina al giorno cotta con 90 grammi di strutto senza uova nè formaggio e solo alla domenica comperano un po' di carne di maiale. Il soldato turco è proverbiale per la sua sobrietà e lo è pure per la sua forza ed il suo coraggio. E lo stesso e meglio ancora può dirsi del soldato bulgaro.

Del resto anche il nostro esercito è composto di soldati che non hanno molta dimestichezza con l'alimentazione carnea. In buona parte provengono da paesi dove il castrato o il maiale figurano se mai una volta la settimana, provengono da città dove i maccheroni ed il pane costituiscono quasi gli unici somministratori di proteina, di idrocarbonati e di grassi. Eppure sono questi soldati che hanno innalzato cannoni sulle vette impervie delle Alpi, sono questi soldati che nella lotta dove veramente vince la forza ed il coraggio, l'attacco alla baionetta, riescono sempre vittoriosi.

Contro l'eccesso dell'alimentazione del soldato moderno si va svolgendo una larga campagna in Inghilterra ed in Francia. In Germania, forse per necessità di cose, la razione alimentare potrà essere ridotta a proporzioni anche più modeste del giusto. Ma è bene che un analogo movimento per ragioni di economia e di igiene si faccia anche in Italia. Il prof. Rho con la competenza che gli deriva dalla cultura e dall'esperienza se ne è fatto l'iniziatore, e l'iniziativa merita successo.

Alla lotta antialcoolica che è stata coronata da tanto meritato successo e che così splendidi effetti ha prodotto in tutti gli eserciti, si deve aggiungere l'altra contro la eccessiva alimentazione. Non è il vegetarianismo fanatico che si deve bandire, ma una migliore distribuzione quantitativa e qualitativa dei varî componenti la dieta secondo i dati che la lunga e rigorosa esperienza scientifica ha suggerito.

Perchè il soldato possa sopportare adeguatamente le fatiche di guerra non è necessario aumentare le albumine, ma basta dare una piccola razione supplementare di alimenti amidacei e zuccherini.

Son queste sostanze, che somministrate in bevande calde, col the, col caffè, colla cioccolata devono costituire l'unica aggiunta alla razione ordinaria anche in quelle regioni dove d'inverno la vita si spegne, e dove puranco i nostri soldati dovranno vegliare e combattere.

G. DRAGOTTI.

---

Il fascicolo di ottobre della nostra sezione chirurgica conterrà i seguenti lavori:

1. Dott. Prof. O. CIGNOZZI: *Due casi di ferite di arma da fuoco a pallini della spalla.*
2. Dott. L. MANARA: *Cancro dell'utero guarito col solfato di rame.*
3. Dott. L. C. ZAPELLONI: *La prova di Bordet e Gengou nella infezione echinococcica dell'uomo.*
4. Dott. G. MORONE: *Sui cosidetti tumori misti del palato.*

# SUNTI E RASSEGNE.

## PATOLOGIA.

### Sull'amilogenesi in rapporto con la glicolisi nell'organismo animale.

(C. PADERI, *Arch. di Farm. sper. e Sc. aff.* Volume XVI, pag. 54, 1915. — *Arch. italiennes de Biol.* Tome LX, p. 378, 1915).

È ancora avvolta da mistero la ragiŏne, per cui nel diabete mellito si trova nel sangue una quantità di glicosio superiore alla normale, dimodochè una parte ne passa nell'urina. E si può dire che tutti i risultati sperimentali ottenuti estirpando il pancreas agli animali siano solo serviti a stabilire, che a tale operazione segue la glicosuria, lasciando sempre oscuro il meccanismo di quest'ultima.

Tutte le teorie emesse per spiegarla si possono ridurre a quattro gruppi: le teorie del *primo gruppo* negano l'influenza del pancreas sulla glicosuria, che dipenderebbe dalle immancabili lesioni nervose, che hanno luogo durante la spancreatizzazione. Ma contro sta il fatto, che, estirpando parzialmente il pancreas, da lasciarne in sito solo 1/10, la glicosuria manca, come manca pure allorquando si estirpa totalmente il pancreas, e se ne innesta una porzione (sottocute o nel peritoneo).

Un *secondo gruppo* di teorie attribuisce al pancreas la capacità di distruggere lo zucchero direttamente, o mercè un enzima particolare (Sympson), o per effetto dell'attività vitale della glandola (Baldi). Ma le osservazioni, su cui si fondano il Sympson e il Baldi, non sono state confermate. E se si pensa inoltre, che la glicosuria manca, lasciando in sito una piccola parte di glandola, bisognerebbe ad essa attribuire un'attività glicolitica straordinaria, vista la grande quantità di zucchero, che l'organismo può consumare giornalmente.

Secondo le teorie del *terzo gruppo,* la glicosuria sarebbe in rapporto colle alterazioni della digestione intestinale, in seguito alla soppressione della secrezione esterna del pancreas. Ma la legatura dei dotti escretori della glandola non è sufficiente da sola a provocarla.

Infine le teorie del *quarto gruppo* considerano il pancreas dal punto di vista della sua secrezione interna. Quest'ultima ha in suo favore una serie di fatti bene stabiliti; e, quantunque non sia ancora definitivamente accertato, la funzione endocrina capace di influenzare il ricambio degli idrati di carbonio sembra spettare agli isolotti del Langerhans.

Tuttavia le opinioni sono ancora discordi sui rapporti tra questa secrezione interna e la glicolisi. Secondo Lepine, nel pancreas sarebbe elaborato un enzima, che, passando nel sangue, vi provocherebbe la glicolisi. Ma numerosi sperimentatori hanno dimostrato tale opinione priva di fondamento, e generalmente si ammette oramai che lo zucchero è distrutto solo in misura minima nel sangue.

Chauveau e Kauffmann ammettono nel sistema nervoso dei centri eccitatori e dei centri inibitori della formazione dello zucchero, con reciproci rapporti nel pancreas e nel fegato. Considerando però che la sezione dei nervi del fegato determina nei cani ipoglicemia, mentre se si fa seguire anche l'asportazione del pancreas si ha iperglicemia e glicosuria, il Kauffmann ha in seguito modificato la sua teoria, ammettendo un'azione moderatrice della secrezione interna del pancreas sulla glicogenesi epatica, non solo indirettamente per via nervosa, ma anche direttamente per via sanguigna. Ma pur così modificata la teoria, non si può accettare, perchè condurrebbe ad ammettere, che la glicosuria da estirpazione del pancreas dipendesse da un'aumentata produzione di zucchero, che, come si vedrà, è tutt'altro che dimostrata.

Gaglio ritiene che il pancreas distrugga una sostanza, la quale formatasi nell'intestino e assorbita pei linfatici, faciliterebbe la trasformazione del glicogeno in zucchero. Questa teoria si accorda con quanto ammette Montuori, secondo cui il pancreas ritarderebbe la trasformazione del glicogeno in zucchero. Ma secondo tali ipotesi la glicosuria sarebbe egualmente in rapporto con un'aumentata produzione di zucchero, mentre in realtà sembra dipendere piuttosto da diminuito consumo. Se così infatti non fosse, la glicosuria che segue ad estirpazione del pancreas dovrebbe essere transitoria, come quella da puntura del quarto ventricolo, secondo Bernard, la quale è appunto dipendente da una rapida trasformazione del glicogeno in zucchero.

Un certo entusiasmo in questi ultimi tempi ha destato una teoria formulata dal Conheim. Egli avrebbe osservato che il tessuto pancreatico e il tessuto muscolare, separatamente, non hanno proprietà glicolitica, mentre la presentano ragguardevole se si mescolano.

Perciò ammette, che nel pancreas esista una sostanza, capace di attivare altre sostanze muscolari, rendendole atte a scomporre il glicosio. Una tale asserzione che, se vera, avrebbe risoluto definitivamente la questione, non poteva lasciare indifferenti gli sperimentatori; ma le esperienze del Conheim furono ripetute con risultati tutt'altro che concordanti.

Anche il Paderi, in numerose ricerche, tenendo nella stufa a 37°-38° estratti di muscoli e di pancreas separati, e mescolanze di estratti di muscoli e di pancreas, ai quali tutti aggiungeva piccole quantità di glicosio, non ha potuto mai osservare la scomparsa dello zucchero aggiunto, quando le prove non erano inquinate da microorganismi.

Si può dunque dal complesso dei fatti esposti concludere, che le ipotesi emesse per spiegare la glicosuria che sussegue alla estirpazione del pancreas non sono scevre di obiezioni; nessuna quindi risolve in modo sicuro la questione, e il campo rimane sempre aperto alle ricerche.

Le caratteristiche principali del diabete naturale, come del diabete da estirpazione del pancreas, sono l'iperglicemia e la glicosuria. La prima, che è la causa diretta del passaggio del glicosio nelle urine, può a sua volta dipendere o da aumentata produzione, o da diminuito consumo dello zucchero nell'organismo.

Non esistono dati, che depongono a favore di un'aumentata produzione. È noto inoltre, che un'individuo sano può assorbire quantità di glicosio relativamente anche forti, senza presentare glicosuria; e che viceversa un diabetico può eliminare quantità di glicosio relativamente anche grandi, quand'anche facciano difetto o quasi gli idrati di carbonio negli alimenti.

Orbene se nel diabetico fosse normale il potere di consumare il glicosio, non si comprenderebbe l'origine di tutto lo zucchero, che in lui si forma, quando gli si sottraggono o quasi le sostanze amilacee dall'alimentazione. Mentre poi nell'individuo non diabetico un vitto ricco di idrati di carbonio fa aumentare il quoziente respiratorio da 0.90 a 1; nel diabetico invece, anche dopo un'alimentazione ricca di idrati di carbonio, il quoziente respiratorio si mantiene basso: 0.69 secondo Salomon, 0.61-0.70 secondo Magnus Levi. Un fatto analogo trovarono Colasanti e Bonanni nei cani spancreati.

Tutto quindi induce a ritenere, che l'iperglicemia, tanto nel diabete naturale quanto in quello sperimentale, sia dipendente da una diminuita capacità dell'organismo di consumare gli idrati di carbonio; in entrambi i casi è ostacolata la normale funzione, per cui si ha consumo di zucchero.

Ma in che modo nell'organismo normale viene consumato il glicosio?

Non è facile rispondere, poichè non si possiede ancora un concetto, basato su fatti positivi e inoppugnabili, che si imponga resistendo alla critica.

Non è più ammissibile che lo zucchero sia distrutto nel sangue, essendo stato dimostrato che quivi la distruzione avviene in proporzioni troppo esigue rispetto alla quantità che l'organismo consuma. E nemmeno giustificata è da ritenere l'ipotesi, che il glicosio sia distrutto nei capillari polmonari.

Oggi si ammette generalmente che la disintegrazione dello zucchero avvenga nei tessuti, quantunque ci manchi sempre in proposito la prova diretta e perentoria. L'analisi comparativa del contenuto in zucchero tra il sangue affluente e refluo di un tessuto non ha dato risultati sicuri.

Nè l'idea dell'esistenza di un enzima glicolitico nei tessuti ha ricevuto fondamento dallo studio dell'azione di estratti di tessuti direttamente sul glicosio.

Malgrado ciò qualche sperimentatore ha cercato di conoscere i prodotti di scissione del glicosio, decomposto dai tessuti; ma i risultati in proposito sono discordanti. Per alcuni infatti si formerebbe solo anidride carbonica e alcool (Blumenthal); per altri anidride carbonica, alcool, acido acetico, acido formico e acido lattico (Stoklasa e allievi); per altri infine i tessuti non avrebbero la capacità di scomporre il glicosio in alcool, e i risultati positivi ottenuti in questo senso sarebbero dipesi da errori di osservazione (Harden e Maclean).

Data questa divergenza di risultati, e siccome l'idea, che la disintegrazione del glicosio possa considerarsi come un fatto enzimatico, si presenta molto suggestiva, anche perchè spiegherebbe molti fatti ancora oscuri sul ricambio materiale degli idrati di carbonio, il Paderi ha istituito in proposito ricerche personali.

E sperimentando con pancreas di majale, è potuto pervenire alla conclusione, che normalmente il pancreas non contiene alcuna sostanza capace di scomporre lo zucchero; e che in quei casi, in cui questo si è visto scomparire, se ne deve ricercare la ragione nell'azione di microorganismi.

È evidente come manchi dunque sempre la prova perentoria che risolva la questione della disintegrazione del glicosio nell'organismo animale.

L'idea stessa della distruzione per azione fermentativa non ha trovato conferma concorde nei risultati sperimentali.

La ragione dell'insuccesso sta forse nel concetto che ha guidato finora gli sperimentatori, essendo generalmente partiti dal presupposto che lo zucchero dovesse venire come tale utilizzato dall'organismo, senza che si sia presa in considerazione la possibilità, che il glicosio come tale non sia dai tessuti scomposto, e che esso per essere utilizzato dall'organismo abbia bisogno di venire prima polimerizzato e trasformato in glicogeno.

Finora si è sostenuto che il glicogeno rappresenti una semplice sostanza di riserva, che si accumula specialmente nel fegato e nei muscoli. Ma visto che glicogeno si può certamente formare anche negli animali digiunanti (Aducco, Paderi), non sembra razionale ammettere un tale concetto: il concetto di riserva implica quello di esuberanza, e negli animali da qualche tempo digiunanti non si può supporre esuberanza di idrati di carbonio, come i fatti dimostrano.

Con tutta probabilità la formazione di glicogeno nell'organismo rappresenta un fatto di maggiore importanza che quello di un semplice immagazzinamento di sostanza di riserva: forse rappresenta una funzione biologica necessaria per l'utilizzazione degli idrati di carbonio.

In senso favorevole a una tale concezione parlano anche le vedute di v. Noorden, di Voit e di Cremer.

Considerando la formazione del glicogeno una funzione necessaria per l'utilizzazione degli idrati di carbonio, si comprende come questi non possano venire assimilati quando per una ragione qualsiasi tale funzione venga ostacolata. E, secondo Paderi, *il mancato consumo del glicosio nel diabete naturale e sperimentale è da attribuirsi ad un impedimento nella polimerizzazione dello zucchero.*

Che nel diabete sia ostacolata la formazione del glicogeno, è un fatto ammesso da tutti. Ma clinici e sperimentatori hanno sempre combattuto l'ipotesi, che in tale ostacolo vorrebbe ricercare la causa della glicosuria. Si è obbiettato, che nel fegato dei diabetici si trova qualche volta glicogeno; ma Külz ha trovato solo diminuita e non abolita la capacità di consumare lo zucchero in casi di diabete grave, ed è naturale pensare, che anche la capacità di formare glicogeno sia corrispondentemente solo diminuita.

Si è pure obbiettato l'accumulo, nei diabetici, di glicogeno negli organi, che normalmente ne contengono tracce (reni, centri nervosi, leucociti, ecc.). Ma si potrebbe considerare il fenomeno come un fatto di vicarietà, mercè cui l'organismo tenderebbe a compensare la diminuita produzione di glicogeno nei muscoli e nel fegato.

Anche l'obbiezione, che nei cirrotici, in cui il fegato ha perduto la proprietà di formare glicogeno, non passa zucchero nelle urine, ha valore più apparente che reale contro l'ipotesi, se si considera che oltre al fegato anche altri tessuti, e tra questi i muscoli sopratutto, sono capaci di formare glicogeno. Chè anzi nei diabetici la capacità di formare glicogeno si mostra ostacolata proprio nei muscoli nel maggior grado, tanto che Bunge vorrebbe ricercare in un disturbo dei processi chimici nei muscoli l'essenza del diabete.

Dunque i fatti che, si contrappongono alla ipotesi che attribuisce grande importanza nella essenza della glicosuria alla ostacolata formazione del glicogeno, non hanno valore così assoluto, come si crede; mentre altri, oltre quelli accennati, se ne possono portare in favore.

Somministrando a cani spancreati estratto di pancreas, diminuisce la quantità di zucchero eliminato coll'urina (Vanni, Capparelli, Montuori); e corrispondentemente il loro fegato riacquista la capacità, che aveva perduto, di formare il glicogeno (Gley).

Altri argomenti a favore il Paderi trae dal comento delle osservazioni cliniche e sperimentali di Külz, Minkowski, ecc.

Da tutto risulta, secondo il Paderi, che nell'organismo, quando è ostacolato il consumo del glicosio, è anche ostacolata la formazione del glicogeno.

Ciò starebbe a dimostrare che tra amilogenesi e glicolisi ci deve essere un intimo rapporto; e considerando che tutte le prove, istituite per stabilire l'eventuale scomposizione diretta del glicosio nell'organismo, non hanno dato risultati sicuri, appare probabile l'ipotesi, che il glicosio non venga utilizzato direttamente, ma (come crede il v. Noorden) solo dopo che esso sia stato trasformato in glicogeno. Tra amilogenesi e glicolisi quindi esisterebbe un rapporto come di causa ad effetto.

Relativamente alla questione di sapere se l'amilogenesi è determinata da enzimi, ovvero è il prodotto dell'attività vitale del protoplasma, non si posseggono dati irrefutabili.

Così pure sul modo di agire del pancreas sull'amilogenesi, non si hanno dati decisivi per stabilire con certezza, se ciò avviene per un'azione diretta sui tessuti che compiono questa funzione, oppure in associazione con la secrezione interna di altre glandole. E le stesse esperienze all'uopo istituite dal Paderi, non hanno portato a conclusioni nette.

Potrebbe darsi che il pancreas non agisse direttamente sul fegato, e che la sua azione consistesse nel mantenere, colla sua secrezione interna, l'equilibrio intraglandolare necessario per il compiersi delle funzioni. In appoggio di tale ipotesi verrebbero i risultati delle recenti ricerche, che hanno messo in evidenza l'esistenza di un rapporto tra pancreas e altre glandole a secrezione interna.

Tuttavia, qualunque sia il modo con cui l'amilogenesi si effettua, e qualunque sia la parte che il pancreas vi prende, quello che, pur rimanendo nel campo ipotetico, al Paderi sembra avere molte probabilità di vero è, *che l'amilogenesi rappresenti una funzione fisiologica necessaria per*

*l'utilizzazione degli idrati di carbonio per parte dell'organismo.*

E con l'amilogenesi è intimamente legata una altra importante questione: *l'amilolisi*, che merita di essere con prove più sicure chiarita, anche perchè dalla sua conoscenza possono scaturire utili applicazioni per la terapia del diabete.

G. A.

## CHIRURGIA.

### I flemmoni cancrenosi.

(Prof. BROCA, *Journal des praticiens*, 1915 n. 18).

L'A. dopo aver fatto giustamente osservare che non è possibile stabilire attualmente quale sia la proporzione tra le ferite che s'infettano e quelle che restano asettiche, dice che però è certo che il numero dei casi in cui si hanno delle complicazioni infiammatorie è considerevole e fa notare che all'inizio della guerra, alcuni dei chirurgi giovani che non conobbero la chirurgia antisettica si sono trovati un poco disorientati da una chirurgia per essi nuova. Accenna quindi a queste complicazioni che si manifestano con vario grado ed intensità.

Il caso più lieve è quello d'una piaga che sembra benigna; ad esempio una lesione delle parti molli prodotta da un proiettile; o una escoriazione superficiale dovuta ad una piccola scheggia di granata che certamente non è rimasta dentro i tessuti giacchè il ferito stesso l'ha tolta e la presenta. La piaga è asciutta, ricoperta da una piccola crosta, specialmente se è stata trattata subito con tintura di iodio, e senza fenomeni di reazione; ma dopo qualche giorno, qualche volta anche molto tardi, essa s'infiamma e arrossa: attorno ad essa i tessuti s'induriscono, diventano dolorosi e di sotto la crosta sollevata esce qualche goccia di liquido torbido. Con delle applicazioni umide la crosta si disgrega, fuoriesce un po' di pus, e insieme ad esso spesso vengono fuori piccoli frammenti di stoffa; in seguito a ciò in genere la cicatrizzazione avviene rapidamente, ma altre volte si produce uno scollamento più o meno esteso, sia sotto la pelle, sia sotto l'aponeurosi.

Ciò è da temersi specialmente quando nei tessuti sono penetrati corpi estranei: piccole scheggie di proiettili, frammenti di vestiti, ecc.; ed è appunto in queste condizioni che si osservano di preferenza i flemmoni cancrenosi propriamente detti. La piaga iniziale può rimanere secca e ricoperta di croste ovvero è di colorito verdastro o violaceo; colla pressione compare una discreta quantità di liquido torbido e insieme ad esso anche delle bolle di gas. In tal caso l'infiltrazione flemmonosa dei tessuti è spesso mancante o quasi: il dolore alla pressione è talvolta di media intensità; la pelle è appena arrossata e tuttavia si trova sotto l'aponeurosi un focolaio putrido, con abbondante liquido fetido, siero sanguinolento, a pareti tumide, infiltrate, con sfacelo più o meno esteso dei muscoli e del tessuto connettivo. Delle raccolte di tale genere possono scollare ad esempio il grande gluteo e nella coscia infiltrare tutto il gruppo muscolare che attornia il femore.

L'A. insiste sul fatto che la reazione locale può essere relativamente leggera; ma spesso si ha una diffusione della flogosi e allora il decorso è quello del flemmone diffuso: la pelle è di color rosso bronzino, spessa, tesa, dolorosa alla pressione: a poco a poco, a misura che ci si allontana dal centro del focolaio, la pelle riprende il suo colore normale e si riscontra un semplice edema poco doloroso.

L'incisione ampia e precoce è il trattamento migliore di queste complicazioni, sieno esse limitate o diffuse; bisogna oltrepassare i limiti non solo della raccolta purulenta, ma anche dei tessuti infiltrati ed intaccare anche la zona semplicemente edematosa, da dove alla superficie di taglio si vedono colare dei rivoletti di liquido sieroso citrino. L'A. dice che nelle ferite della natica, che sono quelle che s'infettano con una certa frequenza, egli non teme d'incidere la regione dal sacco al gran trocantere parallelamente ai fasci del grande gluteo; passa questi fasci e va fin sotto il muscolo, giacchè lasciando verso il basso della natica un angolo mal drenato l'infezione discende facilmente lungo il nervo sciatico e si propaga alla regione posteriore della coscia.

Racconta d'aver visto un sottufficiale, cui dopo uno sbrigliamento insufficiente, dovè incidere la coscia fin quasi alla cavità poplitea; e riferisce il caso di un altro infelice che dopo la battaglia della Marna morì, in seguito ad una ferita penetrante della natica, per degli scollamenti che si estendevano fino al piede.

Allo sbrigliamento deve seguire l'estrazione del corpo estraneo: ed è appunto perciò che la incisione deve essere generosa, giacchè nella chirurgia d'urgenza che si fa nelle infermerie di prima linea non si può sempre contare sull'aiuto della radiografia e della radioscopia.

L'A. non riconosce grande importanza all'acqua ossigenata, ma dice di essere ricorso sempre all'acido fenico. Dopo avere ben detersa e pulita la piaga e allontanati i pezzetti di tessuto necrotico, bagna i tessuti con dei tamponi imbevuti in una soluzione fenica al 5%; il focolaio è poi drenato largamente, e se è neces-

sario anche con una controapertura nel punto più declive, con un tubo ad ansa giacchè il drenaggio diritto spesso tien male; prima di tamponare sparge la ferita con polvere di lattosio che oltre a essere un deodorante, diminuisce l'aderenza degli strati di garza ai tessuti; così le medicature successive sono meno dolorose.

Eccetto il caso di complicazioni infiammatorie superficiali (eresipela, linfoangioiti, ecc.) non impiega mai le applicazioni umide, e quando vi ha ricorso, lo ha fatto sempre senza l'occlusione colla guttaperca laminata o la seta artificiale, giacchè queste piaghe danno sempre origine ad uno stillicidio sieroso abbondante che bisogna far scolare liberamente.

Nei casi di piaghe a limiti non netti, a pareti infiltrate e odore cattivo, l'A. usa dei lavaggi con etere che, se ha l'inconveniente di essere molto doloroso, costituisce però il miglior mezzo per far penetrare un antisettico certamente potente in tutte le anfrattuosità.

Una complicazione frequente è l'infezione piocianica; non aggrava la prognosi, ma s'accompagna ad odore disgustosissimo; in tal caso sono indicati impacchi all'alcool puro o all'alcool denaturato, giacchè le proprietà terapeutiche di questi due liquidi sono assolutamente le medesime.

A. MANNA.

### La sutura delle ferite di guerra.

(Dott. L. BILLON. *Journal des praticiens*, 1915).

L'A., che dall'inizio della guerra è chirurgo in un ospedale di terza linea, riferisce brevemente intorno ad un suo metodo di cura delle ferite di guerra che non abbiano interessato organi vitali. Accenna specialmente a coloro che hanno piaghe superficiali o poco profonde, insomma quei feriti che interessa guarire in un *minimum* di tempo per non immobilizzare a lungo un uomo e non compromettere la funzione di un arto.

Il ferito viene addormentato; la piaga è accuratamente pulita, raschiata un poco con un cucchiaino e toccata tutta colla tintura di iodio. Dopo di che l'A. procede alla sutura con una serie di punti profondi in filo metallico o grosso crine; i punti sono applicati a distanza tra loro di un centimetro e mezzo circa, senza lasciare spazi morti e accostando bene i tessuti senza fili superficiali. Nella maggioranza dei casi, trattandosi di ferite di data non recente, la suppurazione non è sempre evitata; dopo qualche giorno, quando si fa la medicatura, se si trova del pus si lava con soluzione antisettica; se c'è dolore e arrossamento locale impacchi caldo-umidi; i punti si tolgono all'ottavo o decimo giorno.

Talvolta in questo periodo la piaga si disgiunge quasi completamente, ma è raro; spesso si slabbra solo la parte superficiale: in complesso si è sempre guadagnato tempo giacchè in otto giorni si portano le granulazioni in superficie abbreviando considerevolmente la cicatrizzazione che talvolta è avvenuta anche in ottava o decima giornata, senza suppurazione notevole.

L'A. conclude che egli è persuaso che la sutura di tali ferite di guerra non solo deve essere tentata, ma deve esser fatta nella maggioranza dei casi. Senza cercare la guarigione per prima intenzione, è già un buon risultato abbreviare considerevolmente la durata della ferita. Alcune piaghe che avrebbero richiesto due mesi per chiudersi, dopo una sutura, anche settica, si sono colmate in venti giorni col grande vantaggio di immobilizzare il meno possibile un ferito.

A. MANNA.

## OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUPRAMONTANA.

### Un caso di distocia da vizio pelvico, complicato da lacerazione cervico-vagino-uretrale, considerato in rapporto all'opportunità di rimozione precoce del tamponamento, e trattato colla cistostomia

per il dottor MILIANI ANTONIO, chirurgo.

In casi di lacerazione del collo, dopo un parto distocico, conviene suturare (Pestalozza, Bumm, Young, ecc.). Però vi è chi dissente da questo modo di vedere. Beckelmann (Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia, Berlino 1912) dichiarò di non suturare le lacerazioni del collo. Vi sono dei casi in cui è necessario ricorrere al tamponamento, quando la metrorragia sia così copiosa da consigliare a non perdere tempo suturando, e quando gli organi lesi, per le modificazioni indotte dalla gravidanza e dal parto, siano divenuti fragili, e difficilmente reperibili in un esteso focolaio traumatico.

Una volta praticato il tamponamento conviene toglierlo presto, oppure permettere che a riparo di esso si vada svolgendo il processo di granulazione, così che non abbiamo più a temere una emorragia secondaria? E questo concetto, quando il caso decorra senza complicanze settiche,

deve prevalere e indirizzare ogni terapia chirurgica? L'esposizione del caso ci pare dia a questi quesiti una risposta positiva.

E... U..., di anni 23, colona. Precedenti ereditari e collaterali della paziente negativi in ogni senso. Parve ai parenti che bambina non presentasse segni chiari di rachitismo. Tre anni or sono ebbe il tifo. La prima mestruazione si ebbe a 15 anni, le successive furono regolari per tempo e quantità. Nulla mai di notevole dal lato genitale. È sposa da circa un anno ad un uomo sano. È donna di statura bassa, di costituzione scheletrica robusta, non presenta segni di pregresso rachitismo. Si è sempre sottoposta a lavori faticosi, ed ha portato pesi sul capo da adolescente. È in sopraparto da 24 ore, assistita da una levatrice e dall'egregio collega dott. Scorpati, che ha tentato a varie riprese di applicare il forcipe, inutilmente. La paziente appare ansiosa, e a volte non è presente sè stessa; ha doglie frequenti, spasmodiche: all'esame dell'addome l'utero appare duro, dolente alla palpazione sul fondo, 4 centimetri circa sopra l'ombellicale trasversa; in basso si avverte bene la testa fetale impegnata. Non si riesce a percepire battito fetale nè moti fetali. I genitali esterni sono edematosi. Esplorata la donna si trova in dilatazione completa (le membrane si sono rotte da 12 ore circa) e presentazione di vertice in O. I. S. A. Non si raggiunge col medio il promontorio essendo la testa incuneata nel bacino, con notevole tumore di parto. Si pensa in accordo col collega ad un vizio pelvico. In queste condizioni, dato l'ambiente rurale disadatto, si giudicano dannosi nuovi tentativi di applicazione di forcipe e qualsiasi altra manovra e si consiglia la donna di ricoverare in ospedale.

Quivi un esame più completo ci dà modo di precisare la diagnosi. Col pelvimetro abbiamo questo reperto: C. E. cm. 17; CV cm. 9; spine cm. 28; creste cm. 28; trocanteri cm. 19; diametri dello stretto inferiore: retto cm. 10, trasverso cm. 11.

La losanga di Michaelis tende al triangolo.

Si pensa ad un bacino piatto leggermente ristretto *in toto*, non rachitico. Riesaminando l'addome, non si percepisce nè battito, nè movimenti del feto. Il fondo dell'utero è duro, dolentissimo e non permette il rilievo di parti fetali. Si avverte il cercine di contrazione come un gradino sporgente a 4 centimetri circa dalla sinfisi pubica. Al disotto si sente nettamente la testa incuneata.

La donna è agitata, ha quasi perduto la conoscenza, ha temperatura 38°.5 e pulsazioni 140; l'urina emessa spontaneamente contiene il 1/2 per mille di albumina. Vi è insomma il quadro della *tetania uteri*, e temiamo imminente la rottura dell'organo. Considerando questo stato di cose, che malgrado il trasporto dalla lontana casa dell'inferma in condizioni disagiate la testa non aveva progredito, e che le acque erano scolate da ormai 18 ore, e si era avuta perdita di meconio, si ricorre alla craniotomia, rammentando il precetto del Bumm che nelle presentazioni cefaliche l'operazione di elezione è la craniotomia, poichè il miglior metodo di sgravio è quello che si compie colla distensione minima delle parti molli. Escludiamo una cesarea extra-peritoneale per la molto dubbia vita del feto. L'operazione in sè riesce di facile esecuzione essendo fortemente infissa la testa nello scavo. Si estrae quindi il feto col cranioclaste, curando di eseguire le trazioni secondo i suoi movimenti nel parto cefalico normale. Non si incontra alcuna resistenza neppure nel disimpegno delle spalle. La placenta fuoriesce spontaneamente poco dopo il corpo del feto. Confidiamo di aver conseguito così il nostro intento quando, appena espulsa la placenta, si verifica una metrorragia copiosa. Divaricata la vagina, osserviamo una lacerazione della lunghezza di circa 10 centimetri, interessante il labbro uterino anteriore, il fornice e avente fine nella parete anteriore della vagina. Ci pare di dover riferire questa rottura all'assottigliamento del collo che, nelle condizioni di spasmo del corpo, deve aver ceduto al passaggio delle spalle.

Così ci pare che debba essere accaduto in rapporto ai tessuti fragili ed edematosi della parete vaginale anteriore. Dalla ferita fluisce il sangue in modo allarmante. Le condizioni gravi della paziente, già stremata da un lungo sopra parto, con polso frequentissimo (180) appena percettibile ci consigliano a rinunciare ad ogni tentativo di sutura, e allo scopo di non perdere tempo, tratto l'utero all'ostio vulvare, si arresta l'emorragia del collo, fissando due klemmer a permanenza sui margini della lacerazione. Con questo il sangue non cessa, ma fluisce abbondantemente dalla lesione vaginale, non appena respingiamo l'utero nell'addome.

Si procede allora ad un rapido tamponamento stipato dell'utero e della vagina, con garza sterile e si riesce ad aver ragione dell'emorragia. Un'ipodermoclisi e altri artifici migliorano alquanto le condizioni di anemia acuta. Il polso è a 150, piccolo, l'ammalata riprende la conoscenza. Temperatura 38°. Nelle prime 24 ore non si verifica alcuna emorragia. L'utero permane ridotto, obliquato a destra. Però l'ammalata non ha orinato da 28 ore circa. Al davanti dell'utero si palpa la vescica, tesa, dolente, del volume di una testa di feto. La paziente ridiviene ansiosa e si lamenta di un senso di tenesmo insopportabile. Si cateterizza con una siringa di Nélaton e si ha la sorpresa di non vedere fluire urina, ed abbassando alquanto con una valva i tamponi vaginali, osserviamo l'apice della siringa penetrata in vagina a 6 centimetri circa dall'orificio uretrale esterno. Facciamo diagnosi di fistola uretro-vaginale. Riusciti vani tutti gli artifici per ottenere dall'ammalata la minzione spontanea, dopo esserci reso conto che le condizioni vaginali non consigliavano di tentare la via dell'uretra, eseguiamo una cistotomia soprapubica. Diremo in seguito le ragioni che ci hanno indotto a preferire questo genere di intervento.

L'atto operativo viene eseguito rapidamente in narcosi eterea, usufruendo dello spazio di Retius, fissando con catgut la vescica alla parete addominale, e derivando dall'ipogastrio con una siringa di Petzer a permanenza. La vescica tesa, con pareti ridotte ad una sottile lamina lucente, contiene circa un litro di orina. L'ammalata viene riposta in letto in condizioni gravi. Però risorge assai rapidamente.

La temperatura continua ad avere rialzi serali (38° circa) per parecchi giorni; il polso si fa regolare, concorda colla temperatura. Il sifone ipo-

gastrico funziona bene. Dal terzo giorno di degenza di quantità di orina è di circa 1700 cmc. *pro die*. L'albumina scompare al quarto giorno. Al terzo giorno tolgo i klemmer vaginali; al quinto giorno lo zaffamento utero-vaginale. Le superficie traumatiche granuleggiano normalmente. Si ha scarso gemizio di sangue. Si trattano le ferite in via secca zaffando lievemente con garza jodoformica. All'undecimo giorno dalla parete anteriore della vagina si distacca una escara della grandezza di uno scudo. Cateterizzando la donna si constata che l'escara inglobava il tratto distale dell'uretra, cioè il segmento compreso tra l'orificio esterno e la lacerazione. L'orificio uretrale, data la retrazione dei tessuti, è trasportato posteriormente, circa due centimetri dall'orificio vulvare; come si constata al quindicesimo giorno, in cui la malata, liberata dal catetere ipogastrico, riesce ad orinare spontaneamente. Il ventesimo giorno viene dimessa dall'ospedale guarita.

Mi pare che questo caso, sopratutto e chiaramente dimostri quanto importi non spostare gli zaffi in casi di gravi lacerazioni genitali e conseguenti emorragie che mettono in imminente pericolo la vita di una donna. Poichè vale la regola (Bumm) di combattere per tempo e con cura ogni perdita di sangue, e poichè da una emorragia insignificante a una esiziale è breve il passo, e il cambiamento di scena è fulmineo, se non abbiamo il tempo di affrontare le superfici traumatiche con una sutura, ci sembra si debba tamponare stipatamente. E non si devono poi a nessun costo togliere gli zaffi, disturbando il lavorìo di riparazione che si compie a ridosso di essi, correndo l'alea di una nuova emorragia, che può riuscire fatale, anche se la perdita sanguigna immediata non appaia rilevante. Dobbiamo pensare che il danno della nuova emorragia si sommerebbe a quello della precedente, da cui l'organismo non ha avuto ancora campo di riaversi. Pensiamo che si debba mantenere il tamponamento stipato anche a costo di un nuovo intervento. Nel caso nostro, in rapporto al secondo intervento ci si prospettavano i seguenti problemi:

*Scegliere la via inferiore*: e o togliere gli zaffi vaginali, ricercare il moncone posteriore dell'uretra, e piazzare in vescica una Petzer a permanenza, o tentare un'uretrorrafia immediata.

*Preferire la via ipogastrica*: e, o fare la puntura della vescica, o la cistotomia soprapubica e il cateterismo retrogrado, o la cistostomia derivando dall'ipogastrio.

*Associare le due vie*: con un'uretrorrafia associata alla cistostomia.

Il tempo stringeva, riuscivano vani tutti gli artifici per ottenere dall'ammalata la minzione spontanea. In un soggetto anemizzato, per non disturbare i recenti trombi vasali, tenendo conto che le superficie traumatiche dimostravano tendenza a sanguinare solo comprimendo gli zaffi, ci parve sconsigliabile non solo praticare l'uretrorrafia su tessuti friabili, edematosi, ma qualunque manovra dal lato della vagina. Quindi ci fu necessario rinunziare anche all'operazione ideale che sarebbe stata la uretrorrafia associata alla cistostomia (Lenormant).

Trovare il moncone posteriore dell'uretra, in quelle condizioni, sarebbe stata una ben seria impresa. Scegliemmo adunque la via ipogastrica. La puntura esplorativa non ci avrebbe dato una derivazione duratura utile. La cistotomia con cateterismo retrogrado ci avrebbe esposti con manovre eseguite alla cieca a rinnovare l'emorragia dal moncone dell'uretra. Per questo preferimmo procedere a cielo aperto, rendendoci conto di ogni nostro atto, ed eseguimmo la cistotomia, derivando dall'ipogastrio, anche nella speranza che la lacerazione vagino-uretrale si rimarginasse spontaneamente, cosa che talora avviene (Döderlein e Krönig). Del resto Trendelemburg suole derivare permanentemente dall'ipogastrio, dopo interventi per fistole uro-genitali, allo scopo di non disturbare lo svolgersi di una buona cicatrizzazione. L'essersi prodotta l'escara vaginale, e l'esser diminuita di lunghezza l'uretra, non ci appare un grave danno, poichè, data l'integrità dello sfintere vescicale e la normale azione del detrusore, il getto risulta normale.

## BIBLIOGRAFIA.


RESINELLI. *Contributo allo studio delle fistole uro-genitali ostetriche*. (Atti Società ostetrica italiana, 1899).

POZZOLI. *Contributo allo studio delle fistole urogenitali*. (Zamorani, Bologna, 1898).

MACCABRUNI. *Su di un caso di lacerazione dell'utero e della vagina*. (Policlinico, 1914).

LENORMANT. *Sul trattamento delle rotture dell'uretra*. (Presse médicale, febbraio 1912).

MARION. *Traitement de la rupture de l'urèthre*. (Semaine médicale. Societé de chirurgie, 29 avril 1914).

HARTMANN. *Derivation des urines dans les ruptures de l'urèthre*. (Société de chirurgie, séance 24 juin 1914, Semaine médicale, 1914).

Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia. Berlino, 1912.

BAUREICEU. *Rottura spontanea dell'utero*. (Arch. für Gynäkol., 1912).

BUMM. *Trattato di ostetricia*.

DODERLEIN e KRONIG. *Ginecologia operativa*.


---

Il fascicolo di ottobre della nostra Sezione medica contiene i seguenti lavori:

1. Prof.ri R. ALESSANDRI e G. MINGAZZINI. *Sindrome acuta di Raynaud associata a paralisi delle estremità*.
2. Dott. A. MÀRTIRI. *La malattia di Kahler-Bozzolo*.

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Conversazioni castrensi promosse dal Gruppo di propaganda medico nella guerra.

(Seduta del 16 settembre).

C. MORESCHI e F. MARCORA (Pavia). *Saggi comparativi di vaccinazione anticolerica nell'uomo per via endovenosa e sottocutanea.* — Le vaccinazioni anticoleriche furono eseguite su 26 persone dai 16 ai 24 anni. Il vaccino anticolerico fu preparato secondo il metodo di Löffler (colture su agar di 24 ore, essiccazione della patina raschiata nel vuoto sino a peso costante, uccisione dei vitrioni poi in stufa a secco a 120° C. per due ore). Il ceppo di colera isolato nell'istituto di patologia generale di Pavia durante l'epidemia del 1911 è sicuramente bene agglutinabile e fu identificato anche per mezzo della bacteriolisi secondo il metodo di Pfeiffer. Le prove di vaccinazione furono eseguite per via endovenosa e per via sottocutanea. La quantità di vaccino da iniettarsi fu costantemente emulsionata in 1 cc. di soluzione di Na Cl al 0.85 %. Le dosi di vaccino inoculate per via endovenosa per ciascun individuo oscillano fra 0.002 di ansa normale e 0.3 pure di ansa normale, quelle inoculate per via sottocutanea da 1 a 6 anse. In una persona la iniezione sottocutanea fu ripetuta una seconda volta alla distanza di 8 giorni dalla prima iniezione con dosi di 2 anse e rispettivamente di 4 anse; in un altro individuo furono fatte tre iniezioni sempre alla distanza di otto giorni fra le stesse e con dosi rispettivamente di 1-2-4 anse.

I valori agglutinanti saggiati otto giorni dopo la iniezione sono nulli nella diluizione di 1:10 per le persone inoculate per via endovenosa con dosi di vaccino che corrono fra 0.002 e 0.01 di ansa normale. Con dosi di vaccino di 0.05 si ottengono valori positivi di 1:40, con dosi di 0.1-0.2-0.3 di vaccino valori agglutinanti che oscillano fra 1:80 ed 1:2560. I valori agglutinanti ottenuti con la vaccinazione sottocutanea con dosi di vaccino 1-2-4-6 anse normali sono completamente nulli (negativi nella diluizione di 1:10) e nulli sono pure per gli individui che ricevettero 2 e 3 iniezioni con dosi complessive rispettivamente di 5 e 6 anse.

I valori bacteriolitici determinati con la prova di Pfeiffer e col ceppo di colera indicato e portato alla virulenza di circa 1/10 ansa normale, oscillano fra 0.005 e 0.00075 per gli individui vaccinati per via endovenosa con dosi di vaccino di 0.1-0.2-0.3 di ansa normale, *sono invece completamente nulli, essendo di 0.1 od anche inferiori per tutti gli individui vaccinati una o più volte per via sottocutanea.*

Le reazioni provocate dal vaccino anticolerico inoculato per via endovenosa sono nulle per dosi che oscillano fra 0.002 e 0.05 di ansa normale, sono lievissime (cefalea, febbre con un massimo di 38.6 e di una durata non superiore a 6 ore) per dosi che oscillano fra 1/10 e 2/10 di ansa normale, sono un po' più marcate (febbre che può toccare un massimo di 40° C. sempre però fugace e della durata di 7-10 ore complessivamente) con dosi di 3/10 di ansa normale. Le reazioni provocate dal vaccino anticolerico inoculato per via sottocutanea sono pure di pochissimo conto; dolore, arrossamento e tumefazione al punto d'innesto di breve durata e poco moleste, febbre che tocca un massimo di 38.6 per dosi di vaccino di 6 anse normali.

*Conclusioni.* — Una sicura vaccinazione e di grado altissimo contro il colera si ottiene con una sola iniezione endovenosa e con dosi di vaccino oscillanti fra 0.1-0.3 di ansa normale. La vaccinazione anticolerica per via sottocutanea necessita presumibilmente di dosi superiori a 6 anse normali equivalenti a circa 9 miliardi di vibrioni. Questi risultati si intendono riferibili al vaccino ed al ceppo di colera da noi impiegati.

FOÀ P. (Torino). Si rallegra vivamente con Moreschi per i risultati conseguiti, che fanno eccellente impressione; nei riguardi della pratica delle vaccinazioni preventive, dichiara di aver appreso in un suo viaggio di studio al fronte che la vaccinazione non avrebbe pienamente corrisposto e si chiede se è opportuno passare alla vaccinazione anticolerica visti i risultati di quella antitifica che son diversi da quelli che si attendevano. In quanto alla vaccinazione per via endovenosa, non sa escludere del tutto una qualche sua preoccupazione, per il dettaglio della procedura tecnica, che non risulterà ovunque alla portata di ogni sanitario.

Approfitta dell'occaione per dichiarare che la sistemazione dei servizi sanitari di profilassi e di assistenza presso il nostro esercito va procedendo in modo veramente soddisfacente, per modo che ora il paese può essere del tutto tranquillo.

DEVOTO L. (Milano). Desidera ricordare che la quistione della vaccinazione antitifica per parte di Moreschi rimonta fino al 1905-06 quando era suo assitente nell'istituto di patologia medica di Pavia; si permette questo ricordo, perchè gli studi condotti dal Moreschi insieme

agli altri precedenti sul tifo esantematico (purtroppo obliati a benefizio di scrittori stranieri), sulla immunità, formano un bagaglio di grati ricordi per quella piccola, ma operosa sua scuola. Qui nella sua clinica da mesi si praticano vaccinazioni col metodo Moreschi, ma di queste dirà il Cesa-Bianchi. Si deve però dar tutti opera perchè sia tolta di mezzo ogni preoccupazione per la pratica delle iniezioni endovenose. Si tratta di una procedura semplicissima, meno dolorosa e più innocua della iniezione ipodermica e di effetto più sicuro. Tanti anni fa ha scritto che le procedure di tecnica medica più moderne potranno avere tra noi un reale plebiscito, soltanto quando tutti i giovani medici che escono dalle Università ne avranno padronanza completa, ma ancor oggi ne siamo lontani; e questo spiega, come tra i renitenti ad aprire la via delle vene, vi sono anche di quelli che non le sanno fare e temono di umiliarsi a fare la prima iniezione endovenosa sotto la guida di un altro collega.

Noi tutti siamo concordi nel volere conservata anzi aumentata la efficienza del nostro esercito. Chi ha le supreme responsabilità della salute delle truppe, dovrebbe intanto concedere, che su di un reggimento di soldati o di una caserma, venissero fatte le vaccinazioni antitifiche ed anticoleriche per via endovenosa. Si augura che il sen. Foà voglia rendersi interprete presso la Direzione suprema di Sanità perchè questa proposta, che è condivisa da tutta la assemblea, venga accolta.

FORNARIO (Milano). Domanda se Moreschi ha esteso le esperienze col suo metodo alle vaccinazioni miste di tifo e paratifo e tifo e colera. I risultati positivi ottenutisi con tale genere di vaccinazione non lasciano dubbio sulla loro utilità pratica. È evidente che se tali esperimenti fossero anche fatti da Moreschi con esito positivo il suo metodo potrebbe incontrare maggiore favore in pratica, sostituendosi a diverse inoculazioni sottocutanee una sola iniezione endovenosa, il che gioverebbe a meglio diffonderlo nella pratica.

TERNI (Milano). Domanda quale è il volume di liquido eccipiente la dose di vaccino, usata nelle esperienze per via cutanea e per via endovenosa. E se anche dopo la terza inoculazione per via cutanea la reazione immunitaria del sangue riesce in qualunque tempo negativa. Vorrebbe anche sapere a quale distanza dopo la inoculazione vaccinale per via cutanea ed endovenosa venne fatto l'esame del sangue. Inoltre se il prof. Moreschi ebbe la possibilità di seguire nei casi da lui studiati la durata della reazione immunitaria del sangue nei casi inoculati per via endovenosa.

CESA-BIANCHI (Milano). Ha vaccinato contro il tifo nei mesi di maggio e giugno secondo il metodo Moreschi n. 94 soldati, usando dapprima un vaccino favoritogli dallo stesso Moreschi, poi un vaccino preparato nei Laboratori della Clinica, sempre introdotto nelle vene alla dose di un millesimo di ansa normale.

In nessun caso mai ebbe ad osservare fenomeni spiacevoli. La reazione generale mai molto intensa e caratterizzata essenzialmente da rialzi della temperatura di 12-18 ore e della intensità media di 38-38.5, soltanto eccezionalmente la temperatura superò i 39°. Quasi tutti i soldati vaccinati hanno potuto dopo 24 ore riprendere le loro occupazioni; soltanto in un caso mancò ogni reazione generale; si trattava di un individuo che 12 anni prima aveva superato il tifo. I valori agglutinanti e batteriolitici saggiati prima e dopo la vaccinazone, nella metà all'incirca dei vaccinati hanno dato risultati corrispondenti a quelli segnalati da Moreschi. La grande maggioranza dei vaccinati si trova da tempo al fronte; di molti di essi l'O. ha potuto avere notizie recenti: nessun caso di tifo od anche semplicemente sospetto da segnalare. Il numero limitato dei casi e la loro osservazione ancora troppo breve non permettono di trarre conclusioni definitive. L'O. ha ricordato questi dati soltanto perchè si riferiscono ad un forte gruppo di soldati vaccinati contro il tifo per la via delle vene e che potranno essere utilmente controllati.

MORESCHI rispondendo ai varî oratori che gentilmente vollero interloquire sull'argomento prende in esame prima di tutto le osservazioni del senatore Pio Foà il quale richiede se la vaccinazione anticolerica possa essere presa in considerazione come misura profilattica personale ancora oggi dopo i risultati poco confortanti che ha dato la vaccinazione antitifica. Il prof. Foà avendo appena fatto una visita alla zona di guerra ha raccolto dai vari sanitari l'impressione che la vaccinazione antitifica ha fallito al suo scopo. Il relatore osserva in proposito che questo senso di sfiducia nella vaccinazione antitifica può essere di molto attenuato e forse anche fallace quando si prendano in considerazione alcuni dati di fatto ch'egli col collega Marcora ha potuto raccogliere nell'osservazione di alcune centinaia di ammalati e feriti giunti dal fronte. Questi elementi di giudizio si basano sulla percentuale dei soldati vaccinati completamente (3 volte), sull'esame del sangue di questi individui ed infine sul numero degli ammalati di tifo verificatosi nei vaccinati. Il rela-

tore ha in collaborazione col dott. Marcora constatato che solo il 25 % dei soldati fu vaccinato completamente, che solo il 30 % dà segni manifesti dell'avvenuta vaccinazione (agglutinazione positiva) ed infine che il 30 % delle infezioni tifiche rientra nel quadro delle infezioni da paratifo B (diagnosi assicurata per mezzo dell'emocoltura e dell'agglutinazione). Solo una statistica che tenga esatto conto di tutti questi elementi di giudizio può essere sicuramente valutata. In base alle osservazioni soprariccordate, il relatore non si sente di associarsi al pessimismo di molti colleghi nei riguardi della vaccinazione antitifica.

Quando la vaccinazione antitifica sarà eseguita metodicamente su tutto l'esercito in modo rigoroso e con dosi di vaccino sicuramente efficaci (il relatore intende dosi che diano valori agglutinanti e batteriolitici di valore ragguardevole), e quando ancora la statistica sarà basata sopra osservazioni cliniche corroborate dal reperto batteriologico e serologico, allora solo noi potremo pronunciare un giudizio sicuro sull'efficacia preventiva o meno della vaccinazione antitifica.

Il senatore Foà ha toccato anche le difficoltà tecniche che si oppongono alla vaccinazione per via endovenosa; il relatore, per esperienza propria e di molti colleghi, crede che la tecnica della iniezione endovenosa, semplicissima e di facile attuazione negli individui giovani e robusti che compongono l'esercito, non rappresenti un serio ostacolo alla sua attuazione pratica, tenendo conto dei vantaggi di tempo e di efficacia che essa possiede in confronto della via sottocutanea. Col prof. Fornario è convinto che la vaccinazione mista di tifo e paratifo B o di tifo e colera per via endovenosa potrebbe essere utilmente sottocutanea.

Rispondendo al prof. Terni, chiarisce che le varie dosi di vaccino anticolerico inoculate per via sottocutanea ed endovenosa furono costantemente sospese in 1 cmc. di soluzione di NaCl al 0.85 %.

Conviene pienamente coi rilievi e colle proposte formulate dal prof. Devoto e ringrazia il dott. Cesa-Bianchi per i particolari da lui dati intorno alla vaccinazione antitifica.

DEVOTO L. (Milano). — A nome dei convenuti ringrazia i professori Moreschi e Marcora per aver ritardato fino alla seduta odierna la pubblicazione delle loro interessanti osservazioni e ringrazia pure il loro direttore prof. Vittorio Ascoli per l'onore che vien fatto alle riunioni del Gruppo, per questa importante comunicazione preventiva dell'Istituto di patologia medica di Pavia.

## Società di medicina legale di Roma.

Seduta del 21 maggio 1915.

Presidente Prof. A. TAMBURINI.

Dott. G. MASSARI. *Aborto o parto prematuro?* — Una giovane al 7° mese di gravidanza riportò sul ventre un calcio, e dopo 4 giorni si sgravò di una neonata che visse solo poche ore. All'autopsia si riscontrarono lacerazioni meningee ed emorragia entrameningea. L'O. si intrattiene a lungo a parlare della figura del reato e conclude, attenendosi alla giurisprudenza e all'interpretazione più comunemente accettata dai medici legali della figura dell'aborto, che nella fattispecie, essendo la morte del feto conseguenza diretta del trauma riportato, non possa parlarsi che di lesione seguita da aborto.

Dott. U. VIVIANI. *Autosutura della vulva in puerpera per simulazione di verginità.* — Una giovane fidanzata era accusata dal proprio fidanzato e dalla voce pubblica di aver avuto relazione incestuosa col padre, di esser rimasta incinta e di aver nascostamente partorito.

Dopo varie peripezie, l'autorità giudiziaria intervenne, sottopose a perizia la ragazza e dalla perizia risultò che la giovane aveva eseguito un'autosutura delle grandi labbra vulvari, in modo da restringere l'ostio vaginale e mal simulare una verginità già da tempo perduta.

Dott. A. DE DOMINICIS. *Ortomacrografia delle impronte digitali.* — L'O. propone di ricorrere direttamente all'ingrandimento fotografico per rilevare le impronte sui corpi trasparenti e sulle impronte latenti che possono trovarsi sulla carta. Per quest'ultime è però necessario, dopo aver rilevato e fissato le impronte latenti, render trasparente il substrato, applicando sulla superficie della carta, che non contiene l'impronta, olio di ricino ed alcool a parti uguali.

Dott. A. BELLUSSI. *Alcuni casi di morte improvvisa.* — L'O. comunica tre importanti casi di morte improvvisa, il primo per paralisi cerebrale da compressione endocranica per emorragia da ematoma pachimeningitico; il secondo per emorragia capsulo lenticolare destra.

In questo secondo caso l'importanza sta nei quesiti medico legali che vi erano connessi, e specialmente quelli che riguardavano un probabile omicidio. Poichè oltre la lesione cerebrale, l'autopsia aveva rilevato ecchimosi profonde palpebrali, un avvallamento del torace con fratture di numerose costole, e numerose escoriazioni su diverse parti del corpo.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### La dispepsia da fatica.

Gli abituali tipi di dispepsia sono classificati in acido, atonico, fermentativo, secondo il sintoma prevalente; nella dispepsia da fatica vi è invece sempre prevalente uno stato di irritazione o di esaurimento del sistema nervoso, risultante da *surménage*. È una dispepsia da logorio, specialmente del sistema nervoso, che si riscontra maggiormente fra gli individui dediti al lavoro intellettuale, che fra quelli che si guadagnano il pane col sudore della fronte. Lo stato neurastenico concentra le forze di una energia nervosa pervertita sul processo della digestione: stabilitasi poi una neurosi gastrica, ne risulta un circolo vizioso ed in seguito anche la nutrizione ne soffre notevolmente (Guthric Rankin, *The British medical Journal*, 1915, pagina 1033).

Si ha un substrato di fenomeni neurastenici, come perdita di peso, senso costante di fatica fisica, perdita di memoria, irritabilità, depressione di spirito, ecc. I tratti generali dell'elemento dispeptico sono i seguenti: appetito generalmente non compromesso, però l'ammalato, nel timore che un cibo o l'altro gli facciano male li elimina man mano dalla sua dieta. I disturbi si hanno 2-4 ore dopo il pasto, con sensazione di rodimento e di bruciore all'epigastrio, tensione opprimente ed un desiderio di porvi sollievo con eruttazioni o vomiti; scialorrea, rigurgiti acidi. L'ingestione di alcalini o di cibo mitiga, almeno temporaneamente, le sofferenze. Di regola si ha stitichezza, con tendenza a crisi diarroiche, specialmente se vi è compartecipazione del colon. In seguito la partecipazione del sistema nervoso diventa il fenomeno principale: l'ammalato è ossessionato dall'idea di una grave malattia (cancro) e dal timore di non poter più attendere alle proprie occupazioni.

L'esame del paziente rivela i sintomi della neurastenia. Si nota una zona di iperestesia sulla parte destra dell'epigastrio, più forte nelle inspirazioni profonde, accompagnata da rigidità del segmento superiore del muscolo retto di destra. Lo stomaco è floscio o anche dilatato, talora vi è guazzamento.

Il colon è disteso, con accumuli di feci: spesso, nei magri si può palpare il rene, specialmente destro, che può avere una certa mobilità. L'urina, sovente, contiene eccesso di fosfati ed indacano. La pelle è spesso inelastica ed untuosa; carie dentaria e piorrea alveolare. Vi sono dei fatti di instabilità vasomotrice, con mani e piedi freddi ed appiccicaticci, ondate di caldo e freddo in tutto il corpo, sudori freddi, attacchi periodici di poliuria, vertigini nei cambiamenti di posizione. Raramente la malattia si osserva nelle donne.

Per la diagnosi occorre mettere in evidenza la rassomiglianza con l'ulcera duodenale (dolore da fame, acidità, sensibilità epigastrica, gastrectasia, costipazione). È possibile che la dispepsia da fatica prepari il terreno per un processo ulcerativo: per affermare l'ulcera però è necessario verificare la presenza di sangue occulto nelle feci o di emorragie in atto.

Per la terapia, nella dieta evitare lo zucchero, the, vini dolci e spumanti, frutta e verdura non cotte; limitare gli amilacei e le carni rosse.

Come medicamenti l'A. considerando che la iperacidità, tratto dominante della malattia, è forse dovuta ad uno stato di eccitabilità della mucosa gastrica, consiglia prima dei pasti un calmante a base di morfina e belladonna con adrenalina; per combattere direttamente l'iperacidità prescrive degli alcalini (bicarbonato di sodio, carbonato di magnesia e di bismuto) da prendersi al momento della pirosi. Dopo 15 giorni di una tal cura l'A. prescrive dei tonici (stricnina o glicerofosfati) con degli antifermentativi. Per combattere la costipazione, un cucchiaio di paraffina liquida alla sera, eventualmente seguita da una leggera acqua purgativa al mattino.

È consigliabile al mattino un bagno a 36°-38°, accompagnato da massaggio addominale e seguito da qualche esercizio muscolare. Ciò che però è più importante è impedire che la malattia si produca o che ritorni con una opportuna igiene del lavoro mentale, consacrando, al riposo in letto, 8 ore al giorno, evitando il lavoro dopo il pasto serale, e godendosi in santa pace le vacanze annuali.

FIL.

### Diarree e dissenteria negli eserciti in guerra.

Secondo Sacquepée, Burnet, Weisenbach (*Paris Médical*, 1915, nn. 11-12) si possono distinguere clinicamente quattro tipi di diarree: semplice, mucosa, dissenterica, coleriforme.

I due terzi circa dei casi decorrono come diarrea semplice. Questa insorge bruscamente o gra-

datamente, accompagnata o no da dolori colici; le feci sono liquide, prive di sangue e di muco. I malati risentono benefici immediati dal trasporto nelle formazioni sanitarie e dalla cura: in pochi giorni ogni sintomo scompare, il che dimostra come la causa patogenetica abbia ben poca virulenza; probabilmente, tali forme non sono imputabili a germi determinati, non sono « infettive ».

La diarrea mucosa è caratterizzata dalla presenza di muco. Insorta bruscamente o progressivamente, si svolge con una sindrome più seria, è più tenace, dura una o più settimane almeno, si lascia influenzare assai difficilmente dalle cure: talvolta conduce ad un vero stato di cachessia.

La sindrome dissenterica tipica è abbastanza frequente: gli AA. l'hanno riscontrata nel 16 % dei casi. Si presenta coi classici sintomi: scariche numerosissime e poco abbondanti; sangue, muco, membrane; tenesmo, coliche; gravi alterazioni dello stato generale. Per solito il decorso è relativamente benigno e risente beneficio dalla sieroterapia e da cure non specifiche.

Assai grave è la diarrea coleriforme, acutissima, con vomito abbondante, scariche numerosissime e copiose, liquide ma non risiformi, senza muco nè sangue; polso piccolissimo e frequente; tendenza al collasso; crampi; evoluzione rapida, quasi sempre letale.

Gli AA. hanno istituito ricerche batteriologiche in un gran numero di casi. Risulta che in maggioranza questi sono dovuti al bacillo dissenterico: su 40 casi si ebbero 28 reperti positivi di bacillo dissenterico. Ciò conferma la nozione che il bacillo dissenterico è l'agente abituale delle infezioni intestinali delle truppe in guerra. Conferma anche un altro fatto, cioè che il bacillo dissenterico è suscettibile di provocare, oltre alla dissenteria tipica, anche forme cliniche attenuate e specialmente la diarrea mucosa.

Un caso tipico di dissenteria era dovuto al bacillo paratifico B: ciò non deve sorprendere, dacchè un germe può occasionalmente localizzarsi nel crasso e determinare una sindrome dissenterica.

Nella diarrea mucosa tredici volte fu isolato un bacillo dissenterico, due il bacillo tifico, uno il paratifico A, cinque l'enterococco o bacillo capsulato.

I casi di diarrea coleriforme, in numero di tre, erano determinati: due da setticemia di bacillo paratifico B e da streptococco, il terzo da spirilli morfologicamente simili al vibrione colerico, ma diversi per le proprietà culturali e biologiche.

Nella maggior parte delle diarree semplici le ricerche batteriologiche hanno dato esito del tutto negativo.

Circa la terapia, in presenza d'una diarrea semplice, d'apparenza non grave, conviene sottoporre semplicemente il malato alla dieta idrica, poi al regime latteo e star a vedere se tale trattamento basta o no ad assicurare la guarigione: in caso negativo si ricorre alla terapia solita.

In presenza di un caso di dissenteria batteriologicamente accertato, non tralasciare mai l'uso del siero specifico, aumentandone le dosi quando non si ottengono effetti benefici.

R. B.

**Diagnosi e trattamento del carcinoma gastrico.**

Dopo una rassegna critica dei diversi sintomi e metodi di cura del carcinoma gastrico, Meyers (*Medical Record* 22 maggio 1915) viene alle seguenti conclusioni.

Non fare diagnosi di carcinoma basandosi sopra un solo sintomo; sospettarlo in chiunque si lamenti di disturbi gastrici.

Non escludere il carcinoma perchè manca il tumore, il vomito, il dolore, l'anoressia, l'acido lattico, od i bacilli lattici, oppure perchè trattasi di individuo in età giovanile, oppure perchè la secrezione di acido cloridrico è normale o aumentata.

Rammentare che la presenza del sangue nello stomaco o nelle feci è il sintoma più importante. Sospettare quindi il carcinoma in tutti quelli, che dopo un adatto trattamento, hanno sempre del sangue nello stomaco o nelle feci.

Sospettare tutti coloro che all'età adeguata hanno disturbi gastrici, sia comparsi improvvisamente, sia stabilitisi da tempo, o preceduti da sintomi di ulcera; sospettare pure quelli che non risentono giovamento da una cura adatta.

In tutti i casi di tumore, pensare alla sifilide; il tumore può essere una gomma. È bene ad ogni modo far sempre la reazione di Wassermann.

Il trattamento degli individui che non vogliono o non possono essere sottoposti ad operazione chirurgica è una terapeutica terminale. Se gli orifizî sono indenni, il paziente può prendere magari dei cibi solidi ed anche aumentare di peso.

Se vi è ostruzione del cardias, le condizioni sono molto gravi, per la difficoltà d'introduzione del cibo nello stomaco: è indicata in tal caso una dieta liquida ad alto contenuto di calorie, e non irritante; decotti leggieri di cereali o semolino, latte, uova crude, crema ed olio d'oliva; lavaggio dell'esofago con la pom-

pa gastrica, lasciandovi poi 60-80 cmc. di olio d'oliva. Si può anche consigliare di ingoiare dei piccoli sorsi di acqua ossigenata diluita, nella speranza che disciolga le parti necrotiche; come calmante dello spasmo, si faranno iniezioni di atropina.

Se il carcinoma ha sede nel piloro l'indicazione terapeutica consiste nel prevenire l'accumulo di cibi e secrezioni nello stomaco, che provoca poi il vomito. Si devono quindi somministrare cibi in poca quantità e di piccolo volume, oltre quelli enunciati più sopra, i preparati a base di malto, sugo di carne, carni finamente tritate. Ad intervalli diversi secondo il grado di stasi, lavatura gastrica; per aiutare la digestione, si daranno acido cloridrico, condurango noce vomica, pepsina, pancreatina e simili; per ostacolare le azioni batteriche mentolo e resorcinol; ultima risorsa in tutti i casi, la morfina.

Per la cura biologica vi sono due metodi: l'immunizzazione passiva con l'iniezione di antisieri, e quella attiva, con vaccini composti con tessuti embrionali o cancerosi; quest'ultimo metodo sembra il meno incerto; ad ogni modo però anche i pochi successi apparenti sono discutibili.

Secondo l'A. però, la lotta contro il carcinoma dovrebbe essere imperniata su provvedimenti sociali. Il cancro è una malattia che colpisce gli individui in un'età in cui raramente possono mettere al mondo dei figli; quindi l'ospite del cancro, pure elaborando degli anticorpi contro la sua malattia, non può trasmetterli ad alcuno, non avendo più nuovi discendenti. Se ciò fosse possibile ed i cancerosi avessero dei figli, *dopo lo sviluppo della malattia*, si potrebbe avere alla lunga l'immunizzazione della razza.

Si dovrebbe quindi, secondo l'A., ricorrere ad un'eugenica di nuovo genere; sollecitare i cancerosi perchè abbiano dei figli prima della morte; eventualmente lo Stato dovrebbe provvedere al loro matrimonio, sicchè tutto il materiale canceroso fosse utilizzato per la produzione di figli che potrebbero essere immuni per la resistenza trasmessa. In tal modo fra qualche secolo si otterrebbe che la maggior parte della popolazione del mondo sarebbe discendente da cancerosi.

FIL.

**INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA**

**Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi, - Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.**

**Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostr Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.**

***Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:***
**Roma - Via del Tritone, 46 - Roma**

# IGIENE.

## Le ispezioni mediche nelle scuole americane.

(Dott. A. DE GASTRO. *Riv. d'Ig. e San. Pubblica*).

Sotto questo titolo l'A. fa uno studio riassuntivo sull'igiene scolastica degli Stati Uniti d'America, dove, sebbene constati che in generale la vigilanza igienica non sia molto diffusa, in alcune città — New York, Boston, Chicago — le istituzioni igieniche scolastiche hanno raggiunto uno sviluppo assai notevole.

Gli scolari degli Stati Uniti sono venti milioni, il 20 % dell'intera popolazione: per ogni quattro o cinque scuole vi è un medico scolastico, con una retribuzione mensile di 100 dollari: un ispettore medico controlla 10 o 12 medici con 120 dollari mensili.

I doveri dei medici scolastici in New York sono fissati in norme regolamentari non dissimili del resto da quelle vigenti anche in Italia: esse comprendono: *a*) ispezione sistematica ed esame dello scolaro per stabilire la presenza di malattie contagiose od infettive; *b*) esclusione dalla scuola di quegli scolari che presentassero sintomi di malattie contagiose acute; *c*) controllo consecutivo dei casi, con isolamento del malato e disinfezione delle abitazioni alla fine della malattia; *d*) controllo e cura di affezioni lievi contagiose, e che permettono allo scolaro di frequentare la scuola; *e*) informazioni sui casi di malattie contagiose che mantengono l'alunno a casa, e sui quali non è stata fatta la denunzia; *f*) esclusione dalla scuola di quegli scolari appartenenti a famiglie dove esistono malattie contagiose; *g*) completo esame fisico di ciascun scolaro allo scopo di stabilire se è affetto da difetti fisici e cura relativa.

Tra queste disposizioni, assai importante, e che ha dato risultati ottimi, è quella che riguarda il controllo dei casi di malattia infettiva degli scolari affidato non all'igienista comunale o governativo, ma al medico scolastico, il quale deve provvedere all'isolamento del malato, ed alla disinfezione dell'abitazione: la vigilanza igienica scolastica viene così ad essere un istituto a parte, che richiede norme speciali di profilassi in rapporto all'età, all'ambiente, alle condizioni familiari dello scolaro.

Una istituzione poi che meriterebbe essere diffusa anche da noi è quella delle « school-nourses » che aiuta e completa l'opera del medico scolastico. Ad ogni « school-nourse » è assegnato un certo numero di scuole: esse fanno la visita giornaliera di tutti i bambini, e riferiscono al medico scolastico i casi sospetti, curano sotto la sua direzione i casi di malattie comuni, ac-

compagnano i bambini all'ospedale, ai medici specialisti, sorvegliano e fanno la cura a domicilio, praticano iniezioni, e, venendo a contatto colle famiglie, compiono attiva ed efficace opera di propaganda igienica. In alcune nostre città funziona invece solamente una Commissione di vigilanza scolastica: l'incarico è onorifico ed affidato a persone in maggior parte senza attitudine e cultura speciale.

I patronati scolastici non sono molti in America, mentre assai diffuse sono le scuole all'aperto: le finalità ed i metodi per conseguirle sono oramai note e simili a quelle delle città europee: uno speciale cenno merita però la scuola all'aperto di Monclair: la scuola è costituita da una tenda in cui penetrano abbondantemente aria, luce, sole; in essa i bambini sono provvisti di scarpe, abiti, coperte per mettersi al riparo delle intemperie; hanno due colezioni, una alle 10 e l'altra alle 15, ed a mezzogiorno un pranzo completo (le ore dei pasti sono forse troppo vicine); al pomeriggio i bambini riposano su sedie a sdraio: alla loro istruzione ordinaria è aggiunta una particolare educazione igienica. La Commissione scolastica paga anche il tram ai bambini per non esporli alle conseguenze dei rigori invernali e non aggravare il bilancio delle loro famiglie.

A Philadelphia, istituita nel 1911, funziona poi una scuola all'aperto per fanciulli tubercolotici: l'esperimento, sotto la direzione del « Phipp's Institute » si viene estendendo anche ad altre città americane con risultati favorevoli non solo per la profilassi sociale, ma anche per la questione economica. Negli Stati Uniti muoiono annualmente di tubercolosi 7000 bambini dell'età media di 12 anni: l'istruzione gratuita per sei anni, essendo l'obbligo della frequenza scolastica da 6 a 12 anni, costa allo Stato per ogni alunno circa 30 dollari all'anno, e per sei anni circa 180 dollari pari a lire italiane 1900: calcolando che muoiono ogni anno 7000 bambini lo Stato spende inutilmente per la loro educazione 1,260,000 dollari (6,300,000 lire italiane), cifra inferiore a quella necessaria per mantenerli sani e capaci in avvenire di un rendimento economico-sociale pari al capitale impiegato.

E sono queste considerazioni d'indole economica che hanno indotto il popolo americano eminentemente positivo a diffondere le scuole all'aperto per fanciulli tubercolotici.

Una importanza notevole nelle scuole americane si dà alla cura dei denti: la « school-nourse » riunisce i bambini di una classe, e mentre essi aprono la bocca fanno la pulizia del cavo orale con uno spazzolino individuale. Se vi sono denti guasti gli scolari vengono accompagnati dal dentista.

Tutte queste minute e rigorose provvidenze igieniche hanno il risultato della diminuzione della mortalità e della morbilità tra gli scolari, assumendo come nel « Phipps Institute » il carattere di lotta antitubercolare.

*p. z.*

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(555) *Cura della seborrea fluente del naso.* — Sarei grato se nell'apposita rubrica del « Policlinico » voleste indicarmi un mezzo efficace per la cura della seborrea fluente (del naso).

Abbonato 6289.

La seborera oleosa del naso è forma spesso ostinata, contro la quale occorre terapia paziente e protratta. Anzitutto allontanare le eventuali cause diatesiche e dietetiche (abolire l'alcool, i cibi aromatici, favorire il circolo intestinale, alimentazione in prevalenza vegetariana, ecc.).

Spesso si associano alla produzione seborroica dei « comedoni », ricchi di *demodex folliculorum,* che andranno spremuti meccanicamente; quindi si proceda a un metodico massaggio della pelle del naso con una flanella intrisa di spirito saponato alcolino di Hebra; nei casi in cui questo non è tollerato per l'aridità che determina si possono sostituire delle lozioni, da eseguirsi ogni due giorni, con

| | | |
|---|---|---|
| Sublimato corrosivo | gr. | 1 |
| Alcool | » | 500 |
| Glicerina | » | 20 |

Si faccia poi la toletta quotidiana con un sapone all'acido salicilico.

Per variare formula o per incompatibilità individuali, si ricorra alle seguenti frizioni con:

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Bicarbonato di soda | gr. | 3 |
| Acqua | » | 170 |
| Glicerina | » | 5 |
| Spirito di lavanda | » | 15 |

oppure:

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Ammoniaca liquida | ana gr. | 10 |
| Glicerina | | |
| Acqua di rose | gr. | 180 |

Usata con prudenza si può indicare anche la benzina depurata; utili pure i diversi glicerolati di sapone, che dispiegano azione cheratolitica o infine la resorcina. Duhring propone:

| | | |
|---|---|---|
| Resorcina | gr. | 1 |
| Glicerina | gocce | 10 |
| Alcool | » | 15 |
| Acqua distillata | gr. | 30 |

per frizioni.

*gb.*

(556) *La funzione visiva nei neonati.* — Desidererei sapere quanto vi sia di vero nella credenza che i neonati pei primi due mesi non vedano, ed in caso negativo come si potrebbe spiegare che per detto periodo di tempo mancano i riflessi pupillari.

Abbonato N. 6592.

La credenza che i neonati per i primi due mesi non vedano non è affermata da alcun moderno trattato ed in ogni caso è insostenibile e contraddetta dall'esperienza, giacchè, anche *pochi minuti dopo* la nascita, una luce un po' viva avvicinata agli occhi del neonato gli fa chiudere immediatamente e fortemente le palpebre (l'esperimento riesce evidentissimo avvicinando al neonato, in un momento in cui questi tiene spontaneamente gli occhi aperti, una lampada elettrica spenta, ed accendendola improvvisamente).

Anche la reazione pupillare esiste, sebbene un po' torpida, fin dalla nascita. La lentezza con cui si produce può spiegarsi col fatto che il neonato, incapace ancora di fissare gli oggetti (perchè mancante di esercizio nell'uso opportuno dei varî muscoli oculomotori) non riceve una impressione luminosa viva che vada a cadere proprio nella *fovea centralis* e quindi non prova l'immediato bisogno di correre ai ripari facendo funzionare il diaframma irideo: ed inoltre, come per altri stimoli (tattili, acustici, ecc.) il tempo di reazione è certamente più lungo e non così immediato come più tardi si verifica in seguito al naturale esercizio di tutti gli organi di senso e del sistema nervoso centrale.

U. ROLANDI.

(557) Al Dott. Filippo Zappia, Plati:

La pomata di rosso scarlatto in generale suole venire preparata nelle proporzioni del 3 %.

Il rosso scarlatto può trovarsi presso le grandi case di prodotti chimici, se però ve n'è ancora in commercio, essendo un prodotto, se non erro, di case tedesche.

V. M.

---

# VARIA.

**Armi chimiche.** — I gas asfissianti formano sempre l'oggetto di studî numerosi: il prof. Cevidalli pubblica nella collezione *Attualità scientifiche* dello Zanichelli un libretto dove parla in modo molto chiaro dell'asfissia e passa in rivista numerosi gas e vapori tossici.

Tranne per pochi però (cloro, bromo, anidride solforosa e qualche altro) non è possibile l'applicazione ad usi di guerra, per il loro basso peso specifico, per la difficoltà di averne in grande quantità, o anche per la tossicità non elevata.

Lo studio termina con l'indicazione dei diversi mezzi profilattici e terapeutici fra cui una particolareggiata descrizione dei diversi metodi di respirazione artificiale.

Anche Roberts in *La science et la vie* del settembre si occupa dei gas asfissianti, riportando la descrizione e gli schemi degli apparecchi, che servono per la produzione specialmente del cloro sviluppato da recipienti di cloro liquido. Interessante è l'applicazione dei gas asfissianti alla guerra navale; i tedeschi avevano sperimentato fin dal 1910 un apparecchio destinato a respingere lontano dalle coste, sotto una nube di gas asfissianti, le truppe che una flotta nemica tentasse di sbarcarvi: il gas da usarsi, data la disposizione dei tubi d'emissione, sarebbe l'anidride solforosa.

I gas asfissianti trovano la loro applicazione nella guerra di trincea: aperto il rubinetto dell'apparecchio, ne esce la massa gazosa che forma sul suolo uno strato spesso fino a che il vento l'abbia cacciata verso il luogo occupato dal nemico. Occorrono circa 600 gr. di cloro per produrre 200 l. di gaz, quantità corrispondente ad un metro di fronte. In uno dei loro attacchi i tedeschi hanno diffuso sul suolo uno strato di vapori asfissianti dell'altezza di 10 m., l'emissione di gas ha durato per 4 ore sopra un fronte di 8 km. L'effetto è stato sentito dalle truppe alleate fino a 2 km. all'interno della prima linea, e l'odore è stato avvertito fino a 5 km. lontano dagli apparecchi produttori. Le condizioni della ventilazione debbono essere esattamente prevedute, poichè per un cambiamento rapido del vento i gas possono ritorcersi contro i loro produttori, come è accaduto una volta in cui il cloro non ha fatto vittime che fra i tedeschi. In considerazione di questo sono ottimi i mezzi che tendono a deviare le correnti d'aria, come ventilatori o anche forti vampate di materia facilmente combustibile (eventualmente bombe di Maxim).

I gas asfissianti possono essere prodotti anche dal gas liquefatto contenuto in bombe di vetro che si lanciano a breve distanza, oppure negli stessi obici.

Dalla combustione di idrocarburi si ottengono delle nubi di fumo, alte fino a 30 m., che senza essere tossiche, sono irritanti, ed hanno pure proprietà asfissianti.

La protezione contro i gas asfissianti è costituita dalle maschere respiratorie, che possono

essere semplicissime ed improvvisate con un fazzoletto bagnato, applicato sulla bocca e sul naso.

Negli eserciti francese e russo sono in uso delle maschere sul tipo di quelle consigliate anche dal nostro Giacosa, costituite da una cuffia completa a cui si sovrappone il colletto della giubba, con un paraocchi di mica; esse possono servire utilmente anche contro i gas lacrimogeni (formaldeide) di cui i giornali politici hanno riferito recentemente.

Le sostanze assorbenti sono costituite da carbonati di sodio e potassio, iposolfito di sodio, calce sodata: l'aggiunta di glicerina serve a mantenere umido il tampone.

Altre armi offensive ha portato la chimica in questa guerra: così i proiettili avvelenati che fanno regredire la nostra vantata civilizzazione a livello dei selvaggi che usano le frecce avvelenate.

I tedeschi adoperano degli shrapnell in cui le palle invece di essere lisce portano dei fori e delle intaccature in modo che, al momento dell'esplosione provocata dalla tolite, trasportano una certa quantità della polvere contenuta nella cavità del proiettile e che è costituita per il 97 % da fosforo bianco, che viene così introdotto nelle carni, determinado i noti fenomeni tossici.

Un'altra invenzione del genio militare tedesco è data dai proiettori di fiamme; simili agli estintori automatici, che proiettano delle ondate di fiamme per una lunghezza e larghezza utili di una ventina di metri. Sono stati usati per la prima volta contro le trincee francesi nell'ottobre del 1914, causando orribili bruciature. Nel giugno di quest'anno gli eserciti francese e inglese hanno incominciato ad usare, per rappresaglia, apparecchi consimili.

FIL.

---

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

***Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione***

D. OTTOLENGHI. — *L'Igiene del soldato in campagna.* — Editori R. Bemporad e figlio. Firenze. - Prezzo: Cent. 80.

È un volumetto nel quale sono indicati in forma semplice e piana tutte le pratiche necessarie al soldato per difendersi dalle infezioni e da tutti quegli altri pericoli che ne minacciano la salute in tempo di guerra.

Il libro può essere compreso da tutti e va perciò consigliato ai colleghi perchè lo diffondano nell'esercito specie tra gli ufficiali, ai quali anche è commesso il mandato d'infondere nella truppa la persuasione della necessità di certe misure profilattiche.

Anche il prezzo tenue rende accessibile a tutti questo prezioso volumetto.

DR.

*Trebalis de la Societat de Biologia.* Anno II, 1914. Un vol. in-8° di pag. 279. Barcelona, Institut d'Estudis Catalans (Palace de la Diputació). 1914.

È una ricca collezione di memorie eterogenee, epperò difficili a recensire.

Ci limitiamo a far cenno delle principali: Suárez, « Relazione tra lavoro digestivo della mucosa gastrica e reazione dell'orina »; Alzina i Melis, « Le inclusioni lipoidee dei plasmatociti nella paralisi generale »; Negrin i Lopez e v. Brücke, « Determinazione del contenuto di materia cromaffine nelle capsule surrenali »; Nubiola e altri, « Sul metodo dialitico di Abderhalden »; Bellido e Balasch, « Le variazioni del ritmo cardiaco nel gozzo dopo la tiroparatiroidectomia »; Dargallo, « Gli elementi istochimici e citologici degli espettorati »; Suárez, « Le esigenze dell'organismo in sali inorganici »; Pi Suñer e Bellido, « Sull'interpretazione dell'elettro-cardiogramma »; Pi Suñer, « L'acqua distillata per il drenaggio plasmatico »; Lopéz e Causa, « La diagnosi del mal rosso con la termoprecipitazione di Ascoli »; Sayé, « Variazioni leucocitarie consecutive al collasso terapeutico del polmone ».

R. B.

---

***Premio Semigratuito:***

Prof. V. BARNABO'.

**I poteri defensionali e l'officio protettivo degli organi viscerali e parenchimali contro i germi delle infezioni chirurgiche.**

Data la notevole importanza dell'argomento, trattato esaurientemente in questa recentissima monografia, in cui sono riassunte le più moderne nozioni anatomiche, istologiche, cliniche e sperimentali, ed esposte le svariate ricerche e le concezioni personali dell'Autore, ci siamo procurati, certi di far cosa gradita ai nostri abbonati, il mezzo di offrire a condizioni vantaggiose un libro indispensabile non solo per chi si occupa di Patologia speciale chirurgica, ma altresì per chi studia la Patologia in genere delle malattie infettive.

Un vol. in 8° grande, di pag. XVI-922; in commercio L. **20**; pei nostri associati sole L. **12**, franco di porto.

Per ricevere quanto sopra inviare cartolina-vaglia *direttamente* al Prof. ENRICO MORELLI, via del Tritone, 46 - Roma.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Per gli ufficiali medici di complemento.

Ci pervengono da colleghi che si trovano al fronte lettere con le quali si denunzia il cattivo trattamento fatto ai medici richiamati alle armi e la loro difettosa distribuzione nei reggimenti combattenti e negli ospedali da campo e territoriali.

Quasi tutti lamentano che ai reggimenti siano stati inviati medici anziani con parecchi anni di età e di laurea sulle spalle, mentre agli ospedali territoriali sarebbero stati destinati giovani da poco laureati e senza famiglia.

Il nostro giornale si è occupato già della quistione ed ha messo fin dal principio i punti su gli i. Ma se dobbiamo credere a quanto ci riferiscono i colleghi pare che non ancora si siano presi i provvedimenti opportuni per eliminare l'inconveniente.

Noi non faremo il torto di ritenere che i colleghi nel denunziarci tali fatti ubbidiscano ad un sentimento di codardia. Si tratta verisimilmente di medici anziani che mal sopportano le fatiche ed i disagi della guerra e di una guerra aspra e lunga come quella che ora si combatte. Qualcuno infatti ci scrive di essere l'ufficiale più anziano del battaglione; il maggiore più giovane di lui di qualche anno e pure adusato alle fatiche della milizia, marcia a cavallo; egli, il medico, deve trascinarsi dietro quei baldi giovanotti, stanco, sofferente, egli che dovrebbe essere l'esempio della resistenza e della salute. È una sofferenza fisica, e un'umiliazione morale.

E tutto ciò si potrebbe pure evitare: negli ospedali territoriali ci sono ancora dei medici giovanissimi che più convenientemente potrebbero sostituire i colleghi anziani destinati ai reggimenti che marciano fin dal primo periodo della mobilitazione. Se non era facile, come si è asserito, dare a tutti la destinazione più confacente alle proprie attitudini professionali, non era certo difficile fare delle assegnazioni a seconda dell'età se non delle attitudini fisiche.

È forse pretesa esagerata quella dei colleghi che tutti gli ufficiali medici di carriera fossero destinati ai reggimenti. Il servizio, dobbiamo convenirne, ha pure le sue esigenze di organizzazione per cui sarebbe stato grave errore sottrarre dagli uffici tutti quei medici di carriera che per la conoscenza del servizio burocratico, conoscenza che solo essi potevano avere, davano affidamento di una maggiore regolarità di amministrazione. Ma sarebbe stato certo più giusto e più conveniente che alle organizzazioni ospitaliere fossero destinati medici e chirurgi non di carriera, perchè per il disimpegno di tali mansioni non è necessaria una preparazione specifica.

E non ci pare neppur giusto che gli ufficiali di nuova nomina, quelli cioè di 3ª categoria, dovessero avere un trattamento più favorevole degli ufficiali di complemento. L'essere esonerato dagli obblighi di leva in tempo di pace non dovrebbe costituire un titolo di preferenza.

Il generale Ferrero di Cavallerleone ha affermato che i medici di nuova nomina come quelli territoriali — fatte poche eccezioni — avrebbero tutti voluto essere assegnati agli ospedali di riserva od agli ospedali da campo. Il desiderio era certo legittimo per i medici anziani, ma, se dobbiamo credere a quanto ci si scrive, pare che le diverse Direzioni di Sanità cui spettava di fare le destinazioni, abbiano giudicato della legittimità di tali desideri in rapporto inverso dell'età dei postulanti.

Un'altra quistione sulla quale i colleghi insistono è quella del grado: non è il desiderio puerile di esser da più di qualche altro o di fregiare il berretto di più emblemi, non è il rammarico di vedersi trattati molto diversamente dagli ufficiali delle altre armi, combattenti o non, che spinge a chiedere un grado anzi che un altro. Egli è che col grado è connessa una quistione di trattamento economico.

Parrebbe quasi strano doversi occupare e preoccupare di quistioni economiche individuali in tempo di guerra, ma purtroppo, questo periodo non è transitorio, la guerra mondiale ha assunto un carattere di cronicità e non è dato prevedere quanto essa durerà: quel che è certo si è che essa è lunga, aspra, come sarà sicuramente vittoriosa.

Ora i medici chiamati alle armi sono quasi tutti professionisti, che vivevano del lavoro quotidiano, e con la sospensione del lavoro è cessata per essi ogni ragione di introito. Ed essi devono provvedere ai loro bisogni e a quelli delle loro famiglie con lo stipendio di ufficiale, che vien loro corrisposto. E lo stipendio di tenente è quello stesso che fu fissato a giovani dai 18 ai 30 anni di regola senza famiglia. Il giovane studente di 19 anni con la licenza liceale o quella d'istituto tecnico ha, appena arruolato, lo stesso stipendio di un medico di 40 anni carico di famiglia.

Certo ripugna doversi occupare di tali quistioni di piccola economia quando nel mondo si

compie la più grandiosa tragedia che abbia funestata l'umanità, quando il mondo è tutto cinto di lutto e di angoscia. Ma spesso dalla soluzione di piccolissime quistioni dipende il buon andamento di servizî la cui regolarità è necessaria per la vittoria. E non si può disconoscere che il medico sul campo di battaglia come nell'ospedale ha bisogno per assolvere convenientemente il suo compito del pieno vigore delle sue forze fisiche, della piena serenità dello spirito.

Ed è per quest'unica ragione che abbiamo creduto di dovere esporre nel nostro giornale le lamentele di alcuni nostri colleghi. In quest'ora tragica, meno che mai, ci saremmo fatti paladini di interessi particolari.

*a. a.*

---

# RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

**Concorsi per pubblici impieghi - Primo graduato - Diritti - Nomina del medico vice ispettore del servizio sanitario.**

*Allorchè il Comune nomina la Commissione per il giudizio su titoli dei concorrenti ad un pubblico impiego (vice ispettore del Servizio sanitario) e la Commissione formula la graduatoria in ordine di merito, è obbligato il Consiglio comunale a procedere alla nomina del primo graduato sempre quando non si oppongano ragioni d'indegnità o di incompatibilità o di incapacità fisica, nè sieno incorsi vizii di procedura.* (Decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato del 30 dicembre 1914).

La Sezione ha considerato fra l'altro che «la Commissione ha il mandato di pronunziarsi sulla capacità dei concorrenti: il Consiglio non può sindacare tale giudizio estimatorio e tecnico della Commissione, ma non gli è interdetto di rilevare altre e diverse circostanze che costituiscono ad esempio ragione di indegnità o di incompatibilità o di incapacità fisica all'ufficio e gli compete inoltre un potere di controllo nella procedura seguita dalla Commissione sulle forme osservate, su tutto quanto non tocchi il contenuto intrinseco del giudizio di merito».

A tale massima incondizionatamente aderirono. Quando si è espletato il concorso il primo graduato, tranne se sia medico condotto perchè per tali funzionari vigono e si applicano disposizioni diverse, ha il diritto alla nomina. Il Consiglio comunale non può astenersi dal pronunziarla adducendo eventuali deficienze tecniche nello aspirante. Nè con ciò esso abdica le proprie facoltà, perchè la libera elezione della amministrazione si è già svolta in concreto nominando la Commissione ed incaricandola di procedere allo esame tecnico dei titoli esibiti dai varî concorrenti.

Il Consiglio comunale è, infatti, incompetente a pronunziare un giudizio qualsiasi sul valore tecnico e professsionale degli aspiranti e non può, quindi, nella sua scelta, discostarsi dal giudizio, coscenzioso, maturo e disinteressato emesso dalla Commissione, cui esso ha, per tal verso, conferito, volontariamente, pieni poteri. Se operasse diversamente, dichiarando deserto il concorso, commetterebbe un eccesso di potere, che condurrebbe all'obbligo del risarcimento di danni verso la parte lesa.

Al principio della obbligatorietà della nomina si fanno due eccezioni: la prima quando la persona designata sia riconosciuta indegna od immorale e la seconda quando sia stata illegale la procedura seguita dalla Commissione.

Entrambe queste eccezioni sono giustificate da ragioni di alto interesse morale e da rigoroso criterio di giustizia.

Non è, infatti, lecito assumere allo esercizio di pubbliche funzioni chi non possa provare la propria moralità e rettitudine e chi non dia sufficiente affidamento di soddisfare le esigenze del pubblico.

Non sarebbe poi non solo legale ma neanche umano non tener conto di eventuali irregolarità compiute dalla Commissione giudicatrice nella procedura del concorso, così come se abbia ammesso al concorso e designato per primo, chi abbia esibiti con ritardo tutti o parte dei documenti tecnici o di rito richiesti dal bando.

Ciò stante, è da ritenere pienamente legale la precennata decisione della Sezione giurisdizionale del Consiglio di Stato, con cui si annulla la deliberazione che nella nomina di un viceispettore sanitario dichiara deserto il concorso nonostante che ragioni di moralità o di metodo non si opponesssero alla scelta del designato dalla Commissione.

**Consiglio dell'Ordine dei Medici - Obbligatorietà dell'iscrizione all'albo.**

*I medici esercenti, qualora non ottemperino all'obbligo della iscrizione all'albo dell'Ordine dei medici della provincia, cadono nella contravvenzione punita con pena pecuniaria non inferiore a lire 100 come se si trattasse di esercizio abusivo della professione sanitaria.* (Cassazione di Roma, 15 gennaio 1915).

La surriportata sentenza della Suprema Corte regolatrice giunge in buon punto per rimuovere una delle più dibattute quistioni che si agi-

tano a riguardo delle conseguenze che la mancata iscrizione all'albo dell'Ordine dei sanitarii produce sul libero esercizio professionale.

Anche noi rispondendo ad analoghe domande rivolteci dagli abbonati abbiamo più volte propugnato il principio, che ora vediamo pienamente accolto dalla Suprema Corte, secondo cui la mancata iscrizione all'albo, pur essendo per sè priva di speciale sanzione penale, inibiva l'esercizio della professione. Fondavamo il nostro convincimento sul non equivoco disposto degli articoli 3 della legge 10 luglio 1910 e 9 del regolamento 12 agosto 1911 sull'Ordine dei sanitari in cui è detto che la iscrizione all'albo è richiesta come condizione per l'esercizio della professione nel Regno, nelle sue Colonie e Protettorati e che essa dà diritto al libero esercizio, oltre che nella provincia cui l'albo appartiene, anche in tutto il territorio del Regno.

La Suprema Corte ha completato il concetto dichiarando che colui che senza essersi iscritto all'albo dei sanitari della provincia si dedica all'esercizio professionale deve essere considerato addirittura come un esercente abusivo e perciò passibile della pena all'uopo stabilita dallo articolo 53 del testo unico delle leggi sanitarie.

La sanzione che mancava nella legge speciale è stata tratta dalla legge sanitaria e, secondo noi, avvedutamente se vuolsi che l'istituzione dell'Ordine dei sanitari, posta a suprema guarentigia degli interessi della classe in ciascuna provincia del Regno, non resti sterile ed infruttuosa per mancanza di aderenti.

Doctor JUSTITIA.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5545) *Dimissioni - Sostituzione.* — Il Dottor C. B. da C. d'A. chiede conoscere se il medico dimissionario che per capitolato deve dare al Comune un periodo di preavviso di tre mesi, abbia il diritto corrispondente di esaurire tale periodo o se possa il Comune sostituirlo con un interino.

Il medico condotto che rassegna le proprie dimissioni ha il dovere di compiere in servizio quel periodo di tempo che il capitolato prescrive come preavviso alla amministrazione municipale.

Il termine stesso è messo a guarentigia del regolare andamento del servizio, potendo durante il medesimo il Comune espletare il nuovo concorso e procedere alla nomina del successore. Se però si abbreviasse o si annullasse addirittura, si violerebbero naturalmente i diritti del sanitario, che ha il dovere di restare sul posto fino al termine della capitolazione o tre mesi dopo il preavviso di volontaria dimissione.

(5547) *Stabilità - Termine utile pel licenziamento.* — Il Dottor T. M. da R. V. (27) avendo assunto servizio interinale di condotta il 1° febbraio 1914 ed essendo stato nominato effettivo medico condotto in seguito a concorso il 24 luglio 1914 chiede conoscere quando acquisterà la stabilità e fino a quando il Comune potrà intimargli la disdetta.

Il periodo di servizio interinale si computa in quello di prova quando sia seguìto da nomina regolare in base a concorso. Ella, quindi, diventerà stabile col 31 gennaio 1916. E poichè il licenziamento per fine di ferma deve essere notificato almeno tre mesi prima, non potrà essere disdettato oltre il prossimo 31 ottobre, epoca in cui diventerà virtualmente stabile.

(5548) *Servizio militare - Competenze.* — Il Dott. abbonato n. 2270 desidera conoscere la data ed il numero e la dicitura del decreto luogotenenziale che assegna agli impiegati dello Stato i due primi mesi di stipendio e se è tassativo che tutti i Comuni debbano corrispondere ai loro medici condotti i detti due mesi di stipendio in caso di chiamata sotto le armi per mobilitazione.

Agli impiegati governativi competevano due mesi di stipendio in caso di chiamata in genere sotto le armi per effetto dell'articolo 20 del testo unico delle leggi sullo stato giuridico. Ora pei medici condotti e per tutti gli altri impiegati comunali la quistione è stata definitivamente risoluta dal decreto luogotenenziale del 31 agosto p. p., n. 1420, secondo cui agli impiegati suddetti è stato assegnato, come agli altri funzionari, lo stipendio più vantaggioso a norma del disposto del decreto dell'11 luglio 1915, n. 1064, restando così sospeso, fino a quando resterà in vigore la relativa disposizione, ogni contrario trattamento contenuto nei regolamenti organici degli enti locali.

(5550) *Supplenza - Compenso.* — Al Dott. E. A. da B. rispondiamo che in materia di compenso o meglio circa l'ammontare di esso, bisogna riportarsi ai patti che si determinano fra sanitario ed amministrazione. Egli nulla ha pattuito, mentre avrebbe dovuto farlo prima. Ora si deve contentare di quanto il Comune intende dargli se vuole evitare un giudizio, nel quale, per altro, non avrebbe modo di dimostrare che avrebbe diritto a somma maggiore. Possiamo, però, assicurargli che non vi è disposizione di legge o di regolamento secondo cui sia ammesso che al medico sostituto si debba corrispondere lo stipendio del collega, che si sostituisce. A seconda delle convenzioni si può dare di più, e, qualche volta, anche di meno.

(5551) *Infortunii sul lavoro - Prima medicazione.* — Il Dottor abbonato n. 7012 desidera conoscere se il medico condotto ha diritto a speciale compenso per la prima medicazione negli infortunii sul lavoro ed in quale misura.

Il medico condotto non ha diritto a compenso per la prima medicazione in caso di infortunii sul lavoro, ma bensì per le prime cure, che sono quelle ritenute indispensabili pel trasporto dello infortunato in luogo adatto per le medicazioni e le cure richieste dal caso. Qualora per il trasporto dello infortunato sia necessaria una prima medicazione regolare, anche questa è compresa nella dicitura generica di prime immediate cure e deve essere pagata dal capo od esercente l'impresa. La legge non fissa la indennità da corrispondersi al sanitario per la prima medicazione o per le prime immediate cure.

(5553) *Servizio militare - Stipendio.* — Il Dottore G. P. da P. desidera conoscere se oltre al posto il Comune debba conservargli lo stipendio per tutto il tempo durante il quale presterà servizio come medico presso la Croce Rossa.

Il Comune non può conservarle lo stipendio per effetto del decreto luogotenenziale del 31 agosto p. p., n. 1420, secondo cui agli impiegati degli enti locali chiamati sotto le armi è corrisposto lo stipendio più vantaggioso o civile o militare.

(5554) *Servizio militare.* — Il Dott. B. P. da C. desidera conoscere se possa dare le dimissioni da medico unico nel Comune per arruolarsi nella Croce Rossa.

Il medico unico nel Comune è esentato per legge dal servizio militare e perciò crediamo che non possa lasciare la cura dei poveri volontariamente per arruolarsi nella Croce Rossa.

(5555) *Servizio militare.* — Al Dott. G. d'A. da C. rispondiamo che arruolandosi volontariamente nel R. Esercito come ufficiale medico, non avendo alcun obbligo di servizio militare, non ha diritto di ottenere dal Comune la conservazione del posto. Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

ATTIMIS (*Udine*). — Conodtta soli poveri, L. 3500 e 3 sessenni. Scad. 16 ottobre.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*). — A tutto 20 ottobre; stipendio L. 3300; indennità mezzo trasporto L. 500; indennità U. S. L. 200; alloggio con orto e appezzamento di terreno verso fitto annuo di L. 250; tre sessenni.

CASTELNUOVO BARIANO (*Rovigo*). — Generalità II riparto sanitario; L. 3800 oltre L. 700 indennità mezzo trasporto e L. 300 indennità alloggio. Perfetta pianura. Scad. 15 ottobre.

ROMA. *Ferrovie dello Stato* (Direzione generale). — Medico per il riparto di Castel S. Giorgio; vedi fasc. 40. Scad. ore 17 del giorno 31 ott.

ROTA FUORI (*Bergamo*). — Condotta consorziale. Abitanti 2685. Stipendio complessivo lordo L. 5000. Scadenza 20 ottobre 1915. Servizio senza obbligo di cavalcatura. Capitolato modello dell'A. N. M. C. Schiarimenti Segreteria comunale. Il Consorzio si compone di: Valsecca, abitanti 909; Rota Dentro, 339; Brumano, 325: paesi che distano dal capoluogo massimo un'ora di strada a piedi.

SALSOMAGGIORE. *Regi Stabilimenti Termali.* — Direttore; L. 12,000. Cauzione di L. 20,000. Titoli che provino l'istruzione, la coltura, le attitudini e la pratica esperienza per esercitare le attribuzioni del posto. Docum. all'Azienda di Stato in Salsomaggiore o al Ministero delle Finanze (Direzione Generale del Demanio) entro il 31 ottobre 1915. Chiedere l'annunzio.

S. BASILIO-GONI (*Cagliari*). — Consorzio Sanitario; L. 4500 lorde per generalità abitanti. Scadenza 15 ottobre.

UDINE. *Ospedale civile.* — Concorso due posti medico assistente. Termine 31 ottobre. Vitto, alloggio; Sezione medica assegno L. 1500; Sezione chirurgica L. 750 oltre compartecipazione compensi. Oneri R. M. e Cassa Previdenza; certificati di rito e titoli.

Cercasi subito nel comune di Ascoli Piceno assistente medico-chirurgo interinale all'Ospedale civile. L. 150 mensili nette, vitto, alloggio servizio. Rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale indicando età, epoca della laurea.

*Diffide e boicottaggi*:

Revoca di diffida: Castel di Casio (Bologna).

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

BOLOGNA. — Il prof. Beretta Arturo è nominato straordinario di odontoiatria.

Il prof. Valenti Giulio è incaricato dell'insegnamento di anatomia topografica.

Il dottor De Marsi Arturo è nominato assistente volontario alla Clinica chirurgica.

CATANIA. — Il dott. Scuderi Alfio è nominato assistente nella clinica delle malattie mentali e nervose.

FIRENZE. — Il dott. Menabuoni Gino è nominato aiuto nella Facoltà di medicina.

MILANO. — Il prof. Fasoli Gaetano è nominato straordinario di odontoiatria e protesi dentaria.

MODENA. — Il dott. Gaiani Dante è nominato assistente in igiene.

PADOVA. — Il dott. Dozzi Luigi è nominato assistente in patologia medica.

---

Il prof. Magnus di Utrecht (Olanda) ha declinato l'invito fattogli di dirigere l'Istituto farmacologico di Hall (Germania).

# NOTIZIE DIVERSE.

### Sui campi dell'onore.

Sono caduti per la Patria:
il dott. BISESSI GIOVANNI BATTISTA, di Milano, sottotenente medico;
il laureando CASSINA GIACINTO, di Torino, aspirante medico.

### Albo d'oro.

Il dott. Sebastiano Bellinato di Milano è stato decorato per atti di valore.

### Per gli studenti di medicina chiamati alle armi.

La «Gazzetta Ufficiale» pubblica un decreto luogotenenziale il quale stabilisce che, fino a tutto il 31 dicembre 1915, gli studenti universitari della facoltà di medicina, chiamati alle armi ed assegnati alla compagnia di sanità, che non abbiano i requisiti per essere nominati aspiranti medici, giusta il R. decreto 25 maggio 1915, potranno essere promossi caporali dopo due mesi di servizio e sergenti dopo quattro mesi, dei quali due nel grado di caporale.

### Il grande ospedale militare di riserva di Napoli «Principessa Jolanda».

Sta per essere compiuto l'impianto dell'ospedale militare di riserva negli ampii e appropriatissimi locali del R. Educandato «Principessa Jolanda», nella saluberrima contrada dei Miracoli. Sarà questo il più grande ospedale di riserva, in dipendenza di quel grande centro ospedaliero che è la «Trinità» diretto dall'illustre colonnello dottor Bile con la coadiuvazione del primo capitano medico cav. Volpe e sotto la sagace operosà direzione amministrativa del primo capitano Serao. L'ospedale dei Miracoli sarà tra i più grandi d'Italia e il più vasto e complesso ospedale sussidiario della zona di Napoli e funzionerà sotto la direzione del maggiore medico cav. Giuseppe Sebastianelli, un organizzatore di tempra infaticabile, alla cui opera principalmente devesi questo pio ricovero fondato, arredato e completato in tempo brevissimo. Diviso in sette reparti, ha rivolto una speciale cura perchè questi siano nettamente isolati, specie quelli di medicina, e la cubatura scrupolosamente assegnata ad ogni letto per un abbondante ricambio di aria. Il gabinetto di analisi, le sale di operazioni e medicazioni, ed altri impianti ed apparecchi, ben distribuiti e indipendenti, denotano tutto lo studio accurato, scrupoloso, e ciò non è facile per utilizzare un edificio costruito in origine ad altri scopi, e portarlo alla massima efficienza in armonia con la igiene ospitaliera. (*La Rif. Med.*).

### Offerte di industriali francesi alla Croce Rossa Italiana.

Una rappresentanza di fabbricanti francesi di prodotti farmaceutici ha consegnato all'Ambasciatore d'Italia, onorevole Tittoni, il ricavato di una sottoscrizione fatta fra gli appartenenti all'Associazione, che permette la fondazione di 315 letti destinati alla Croce Rossa Italiana, come attestato di simpatia della Francia alleata.

### Gli on. Salandra e Ciuffelli soci della Croce Rossa.

L'on. Salandra con una nobile lettera al conte Della Somaglia, presidente della Croce Rossa italiana, ha rimesso la propria scheda di socio perpetuo della Croce Rossa. L'atto cortese del presidente del Consiglio dei ministri, mentre è segno sicuro dell'alta considerazione in cui è tenuta l'opera della Croce Rossa, costituisce motivo di legittimo compiacimento per tutti coloro che alla umanitaria istituzione dedicano instancabilmente la propria attività.

Anche il ministro dei lavori pubblici, onorevole Ciuffelli, si è fatto socio della Croce Rossa.

### Il direttore generale della Croce Rossa americana in Italia.

Di ritorno dalla Serbia, è giunto a Napoli il prof. Strong, direttore generale della Croce Rossa americana. Il prof. Strong era capo della spedizione organizzata dalla Croce Rossa americana per combattere le epidemie scoppiate nel campo serbo, le quali ora sono domate.

### Il presidente della Croce Rossa a Milano.

Il conte della Somaglia, presidente della Croce Rossa Italiana, dà all'Istitutzione tutta la sua attività.

A Milano ha visitato i locali e ispezionato i servizi da essi dipendenti; si è recato anche al Comitato milanese di propaganda e volle personalmente felicitarsi dei risultati raggiunti. L'opera esplicata dal Comitato di propaganda milanese, egli ha detto, fu additata come esempio e come guida agli altri Comitati per il fervore e l'entusiasmo che l'hanno animata. Il conte si congratulò non solo coi membri del Comitato presenti, ma altresì col personale d'ufficio che da quattro mesi presta gratuitamente con grande attività l'opera sua.

### Per le infermiere volontarie della Croce Rossa.

Con recente disposizione del ministro della guerra le infermiere volontarie dell'Associazione della Croce Rossa Italiana le quali prestino servizio negli stabilimenti sanitari impiantati dall'Associazione a richiesta dell'autorità militare, quando si trovino fuori della propria residenza e non possano essere alloggiate negli stabilimenti cui sono addette, avranno diritto all'alloggio a carico dell'amministrazione militare.

I buoni posti-alloggio che gli stabilimenti rilasceranno, secondo le istruzioni amministrative per le truppe in campagna, dovranno esser vistati dalle autorità militari del luogo in cui vengono esibiti, e spetterà alle autorità stesse di agevolare, in quanto è possibile, l'assegnazione dell'alloggio.

Le suddette infermiere avranno, inoltre, diritto di ricevere a carico dell'amministrazione militare una razione viveri in natura nei giorni in cui non possano, per ragioni di servizio, allontanarsi dallo stabilimento sanitario.

### A pro della lotta contro la tubercolosi e per i figli dei richiamati.

Per iniziativa della Lega Nazionale contro la tubercolosi ebbe luogo in Roma il 6 giugno u. s., giorno dello Statuto, la Festa del fiore a pro della lotta antitubercolare. Stante le esigenze

speciali dell'ora presente e il carattere patriottico che il sentimento generale oggi reclama in tutte le manifestazioni di carattere sociale ed umanitario, nell'indire questa benefica festa si ebbe nettamente di mira che essa risultasse in modo speciale a vantaggio dei « figli poveri dei richiamati ».

Il ricavato della festa fu di oltre lire 11,000, che, detratte le spese, sono state proporzionalmente distribuite fra le Istituzioni a cui vantaggio fu indetta la benefica e a un tempo patriottica manifestazione. (Dall'*Igiene Sociale*).

**Al Sanatorio romano dei bambini malarici.**

Il direttore generale della Sanità del Regno, prof. comm. Lutrario, si è recato a Rocca di Papa a visitare il Sanatorio per i bambini malarici dell'Agro Romano e delle Paludi Pontine nel quale si trovano 80 piccoli ammalati, per la maggior parte figli di contadini richiamati ed orfani.

Parteciparono alla visita il dott. Giusti, ispettore sanitario dell'Agro Romano, l'avv. Casini, l'ing. Farinetti, il ragioniere Ricci.

I visitatori furono ricevuti dal prof. Giulio Galli, direttore sanitario del Sanatorio, dal professor comm. B. Gosio, direttore dei Laboratorî batteriologici del Regno, dai dottori Pagliaro e Petacci. S'interessarono vivamente a questo benemerito Istituto, rilevandone l'importanza dal lato umanitario e dal lato sociale, ed ebbero sentite parole di elogio per i medici e per tutte le persone che prodigano le loro cure sapienti ed amorose a tanti poveri bambini.

**Il XX Settembre a Parigi.**

Onde commemorare la partecipazione dell'Italia alla guerra che le nazioni civilizzate e umane sostengono contro gl'imperi centrali, di cui la guerra ha messo a nudo la barbarie, ed in occasione della nostra festa nazionale del 20 settembre, la Lega Franco-Italiana ha, durante la festa di gala del 19 settembre, dedicato ed offerto a S. M. il Re Vittorio Emanuele III una bellissima medaglia d'oro che è stata rimessa a S. E. l'ambasciatore Tittoni il quale assisteva alla festa. Distintivi riproducenti la detta medaglia, ornati dai colori francesi ed italiani, sono stati distribuiti agl'invitati.

Un lato della medaglia rappresenta Vittorio Emanuele II, il grande artefice del Risorgimento, ed il suo energico nipote Vittorio Emanuele III, la Stella d'Italia e lo scudo della Casa Savoja, con la dicitura: « *Noi vogliamo la più grande Italia* » e le date memorande del 1859 e 1915 in cui Italiani e Francesi furono e sono uniti per combattere lo stesso nemico.

L'altro lato della medaglia contiene, assieme alla dedica, le parole seguenti: « *Noi vinceremo per compiere l'opera di Vittorio Emanuele III* ».

**I dentisti nell'esercito tedesco.**

Vi sono — scrive il « Leipziger Tageblatt » — più di 800 dentisti fra le truppe combattenti della Germania. L'organizzazione di questo servizio si va continuamente perfezionando: diventa sempre più necessario, non solo per curare la bocca dei soldati, ma per numerose e varie ferite alla testa, specialmente alla mascella, prodotte dalle armi da fuoco. In parecchie città, Berlino, Düsseldorf, Heidelberg, Strasburgo, ecc., furono istituiti speciali Ospedali dove sono curati i feriti alle mascelle. Nei tempi passati le lesioni alle mascelle producevano conseguenze molto gravi; oltre dolori acutissimi, il ferito per parecchi giorni non poteva nè mangiare nè parlare; spesso rimaneva sfigurato. Oggi invece il dentista che segue l'esercito sul fronte può rimettere subito a posto le mascelle e la cura è più facile. I dentisti posseggono ora gran numero di tenaglie, di leve, di strumenti per eseguire operazioni con la massima sollecitudine ed esattezza.

Anche nei nostri ospedali di prima linea esperti docenti e specialisti delle malattie della bocca prestano la loro importante opera per le ferite specialmente della bocca e del mascellare e dalla loro opera bisogna attendere il maggior bene possibile. (Dalla *Rivista Sanit. Sicil.*).

**Le preferenze dei tedeschi per la Croce Rossa.**

Si ha da Pietroburgo, 3 settembre:

La Croce Rossa Russa ha pubblicato una lista di 46 suore di carità che sono rimaste uccise in seguito a bombardamenti diretti dagli austro-tedeschi su ospedali della Croce Rossa.

**Penuria di medicinali nell'America Meridionale.**

Un giornale medico brasiliano informa che il rincaro di medicinali dovuto alla conflagrazione europea si fa sentire nel Sud America come in qualsiasi altro paese.

Le riserve di medicinali sono scarse e inducono alle adulterazioni.

I medici vengono messi in guardia specialmente contro le falsificazioni dell'etere.

Di cento campioni di citrato di magnesia esaminati dall'Ufficio d'igiene di Rio de Janeiro, ritirati da varie farmacie, solo venti erano immuni da falsificazioni o adulterazioni. (Dal *Journal A. M. A.*).

**Nave ospedale fornita dalla Nuova Zelanda.**

La Nuova Zelanda ha trasformato la nave « Maheno » in una nave-ospedale che si dice sia tra le migliori esistenti, se non la migliore. Potrà contenere complessivamente 388 letti; ma se necessario, le cabine degli ufficiali e delle infermiere possono essere trasformate e fornire 60 letti addizionali. I pazienti vengono ricevuti attraverso saracinesche che si aprono sui fianchi della nave, a livello del piano inferiore; vengono spostati a mezzo di vagoni e di ascensori. L'arredamento è molto elaborato. Vi sono due sale operatorie, una per la piccola e l'altra per la grande chirurgia, un gabinetto roentgenologico e un laboratorio batteriologico. (Dal *Journal A. M. A.*).

**Altro medico italiano prigioniero.**

Risulta prigioniero degli austriaci, a Monthausen, il dott. Giulio Calvi di Edolo.

---

Il nostro illustre direttore on. prof. Guido Baccelli è stato colpito da un grave lutto: la perdita della sorella, signora Carolina vedova Landoni, morta di un tumore all'intestino. Era curata dal nipote prof. Giulio Galli ed è stata assistita dal nipote prof. Tito Gualdi. Contava 76 anni.

Al prof. Baccelli ed ai suoi porgiamo le nostre sentitissime condoglianze.

---

## Rassegna della stampa medica.

*Paris Méd.*, 14 ag. SENLECQ: Apparecchio autoestensore per frattura completa della coscia. — MENCIÈRE: La fenolizzazione nella gangrena gassosa. — MAURIN: Il pane.

*The Boston M. a. S. Journal*, 5 ag. MEDALIA: Trattamento dell'eczema.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 10 ag. WIDAL: Vaccinazioni miste (tifiche e paratifiche). — PETROVITCH: Batterioterapia del colera. — MARIE e MEIGE: Apparecchi per ferite al sistema nervoso.

*Pathologica*, 1 ag. DENTICI: Alterazioni anatomiche della rachitide umana e sperimentale.

*Gazz. d. Osp.*, 18 ag. COCCI: Sterilizzazione dei guanti di gomma.

*La Presse Méd.*, 19 ag. WIDAL: Le vaccinazioni miste, tifiche e paratifiche.

*La Radiol. Med.*, lug.-ag. PORRO: Pneumoconiosi nel quadro radiologico.

*The Journal A. M. A.*, 14 ag. YERINGTON e WETMORE: La digestione dell'amido nei bambini. — SMITHIES: Sifilide dello stomaco. — BASS: Cura specifica delle forme maligne di malaria. — NEFT: La cura moderna della difterite. — FORCE e BECKWITH: La diagnosi di laboratorio del vaiolo.

*Bull. J. Hopkins Hosp.*, ag. Numero sulla tubercolosi.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 17 ag. VINCENT: Vaccini antiparatifici e vaccini misti. — CONTEAUD: Un segno nuovo degli aneurismi. — LE FORT: Accidenti pseudo-tetanici.

*Revue Méd. de la Suisse Rom.*, 20 ag. GEANNERET: Elioterapia nella pratica infantile. — GESSTZER: Metodo serbo-croato per ridurre le fratture del femore e della gamba.

*The Journal of Trop. Med. A. Hyg.*, 16 ag. CHALMERS e ARCHIBALD: Cura della dissenteria amebica.

*La Rif. Med.*, 21 ag. CAMPANA: Sporotricosi. — MOLINARI: Profilassi e terapia della febbre tifoide.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 21 ag. FULLE: Il permanganato di potassio nell'infezione tetanica sperimentale.

*Pensiero Med.*, 22 ag. BAJ: Sindromi splenomegaliche e salvarsan. — PESTALOZZA: Semeiologia del pancreas e del duodeno.

*Brit. Med. Journ.*, 21 ag. MAITLAND: Il tifo esantematico in Serbia. — VROMAN: Pneumotorace artificiale. — SPITTEL: Calcoli della prostata. — LOCHHART-MUMMERY: Cause e cura del prurito anale grave.

*The Lancet*, 21 ag. KEITH: L'enterostasi (stitichezza). — NASH: Epidemia atipica: evoluzione dei fattori etiologici nelle malattie infettive. — NICHOLLES: Epidemie di idrocele e orchite acuta in Africa. — MOORE: Cecità temporanea da trauma della regione occipitale.

*Pacific Med. Journal*, lug. Numero sul cancro.

*Giorn. di Med. Milit.*, n. 5. FERRERO DI CAVALLERLEONE: Norme per gli ufficiali medici durante la campagna.

*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, 31 lug. GIUSTI: L'ernia diaframmatica congenita. — VICARELLI: Bacino pseudo-ovolare obliquo da frattura per sinistro ferroviario.

*Gl'Incurabili*, 31 lug. AIEVOLI: Clinica e fisiopatologia del tetano.

*Arch. d. Mal. de l'App. Digestif, ecc.*, 1° lug. MATHIEU: Stenosi mesogastrica d'origine ulcerosa. — PISANI: L'esplorazione diretta delle funzioni del duodeno. — ALIRISATOS: Dilatazione detta primitiva dell'esofago.

*Rev. Clin. de Madrid*, 30 lug. CARR: Diagnosi radiologica della tubercolosi ipertrofica del colon ascendente.

*Arch. di Farmac. e Sc. aff.*, 15 lug. MENEGUZZI: Reazione antidote tra « solfidrico » e sali di metalli pesanti per via gastrica.

*Pathologica*, 15 ag. SANGIORGI e CAUDA: Fermenti del sangue digerenti albumine vegetali introdotte per via parenterica.

*Bull. d. Sc. Med.*, ag. DE NAPOLI: Guerra e problema sessuale. — VACHELLI: Paralisi del gran dentato.

*Paris Méd.*, 21 ag. Numero di ortopedia e protesi di guerra.

*Il Morgagni*, 24 ag. BERTARELLI: L'epidemiologia della difterite umana e la difterite aviaria.

*La Presse Méd.*, 26 ag. RAVAUT: Lesioni indirette del sistema nervoso determinate dal « vento dell'esplosivo ». — TARIEL: Sulle iniezioni di siero umano.

*Riv. di Storia crit. di Sc. Med.*, mar.-aprile. VRAM: Sull'antropometria di S. Esholz.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

Anno XXII. Roma, 17 ottobre 1915 Fasc. 42

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

DIRETTORI:

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



**COL 1° NOVEMBRE 1915**

**gli uffici del "Policlinico" si trasferiscono in**

**VIA SISTINA, N. 14-15**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

## Lesioni del naso e cavità accessorie in guerra

per il prof. GHERARDO FERRERI

direttore della R. Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, colonnello ispettore medico principale della Croce Rossa.

*(Continuazione e fine; vedi fasc. precedente).*

### LESIONI TRAUMATICHE DELLE CAVITÀ ANNESSE AL NASO

I traumi delle cavità accessorie del naso sono raramente primitivi e per lo più combinati a fratture e ferite d'arma da fuoco tanto del naso quanto d'altre parti della faccia e del cranio. Parrebbe che per questo fatto le sinusiti traumatiche dovessero passare in seconda linea, ma al contrario per le gravi complicazioni che le accompagnano e per la tecnica speciale ad esse riservata vanno studiate a parte. Le ferite della testa nelle ultime guerre sono, come tutti sanno, accresciute di numero: ciò si rileva paragonando le statistiche della guerra di secessione d'America con quelle posteriori russo-giapponese, turco-balcanica e l'attuale.

Sono quindi aumentate nei combattimenti di trincea le lesioni primitive da proiettili d'arma da fuoco localizzate al seno frontale e seno mascellare, che sono del resto le parti più esposte ad essere colpite isolatamente sia con inclu-

sione del proiettile, sia con perforazione da parte a parte. Nel primo caso il proiettile proviene da grande distanza e la ferita non è molto pericolosa, l'infezione più rara. Nel secondo caso invece il tiro essendo avvenuto a breve distanza (500-600 metri), la lesione ossea sarà comminuta ed anche esplosiva e, quando la morte non avvenne immediatamente per scoppio della scatola cranica e uscita della sostanza cerebrale per azione idrodinamica, saranno sempre a temersi a breve scadenza fatali complicazioni intracraniche per trombo-flebiti e setticopiemie.

Le ferite e in specie le fratture delle cavità accessorie del naso non avranno tanto una differenza d'importanza a secondo che avvennero con perforazione o inclusione o furono tangenziali, ma in ragione della velocità e il volume dei proiettili d'arma da fuoco. A parità di distanza le lesioni da shrapnell sono più estese che quelle da palla di fucile; a seconda poi che le lesioni ossee furono prodotte da una palla cilindrico-conica oscillante, ritorta o deformata saranno pure più o meno gravi le lesioni traumatiche dei seni. Devesi inoltre notare che nelle ferite da shrapnell, obici, granate, ecc. molte volte i proiettili si dividono in parecchi segmenti, di cui gli uni restano inclusi nelle parti cutanee o nel tramite della frattura ed altri penetrano nella scatola cranica. Anche sulle pareti dei seni l'orifizio d'ingresso del proiettile risponde per solito alle dimensioni di questo; però la breccia è sempre più grande sulla parete interna che sulla esterna del seno.

Come tutte le ferite della testa, eziandio quelle riportate dalle cavità accessorie del naso sono fra le più pericolose: un quarto circa dei colpiti soccombendo nelle ambulanze, se non subito, entro le prime ventiquattro ore per compressione, edema e per infezione meningo-cerebrale. Secondo Laurent coloro che vengono operati immediatamente, soccombono nella proporzione del 20 % e quelli che vengono operati secondariamente nella metà dei casi.

In tutte le lesioni traumatiche dei seni nasali, in particolar modo se si tratta di fratture comminute con inclusione di proiettili od altri corpi estranei, il medico militare senza tergiversazioni sia fedele al principio di trattar subito il ferito con la toletta, la disinfezione, l'allontanamento dai proiettili, schegge, corpi stranieri, frammenti di osso e il sollevamento delle pareti infossate. L'intervento d'urgenza è così necessario nelle ferite traumatiche dei seni nasali come lo è per le ferite dei grossi vasi, dei visceri (fegato, milza, rene) se la laparatomia fosse possibile nelle ambulanze avanzate. Quante meningo-encefaliti suppurate, trombo-flebiti, amaurosi, sordità e paralisi si eviteranno con una precoce ed ampia trapanazione dei seni! Purchè, oltre ad avere avuto l'abilità d'intervenire al più presto, si sia pure saputa eseguire la tecnica perfezionata che la rinologia al momento attuale consiglia per evitare le complicazioni extra ed intracraniche e raggiungere nel modo più sollecito la guarigione.

Ad esempio, fra gli altri principii di cui l'esperienza ci ha edotti, c'è che negli interventi radicali delle sinusiti bisogna astenersi possibilmente dai drenaggi, dalle lavande e suturare completamente la ferita quando si può; se il drenaggio in alcuni casi diventasse indispensabile come nelle ferite lacero-contuse con frattura comminuta delle ossa, occorrerà prolungarlo il meno possibile per evitare le complicazioni infettive. In quanto all'inclusione dei proiettili nelle lesioni traumatiche dei seni nasali, la condotta da tenersi sarà qualche volta molto difficile a indicarsi. In primo tempo, per regola generale, fatta la trapanazione del seno, non si dovrà cercare di levare sistematicamente la palla, nè farne delle ricerche. Se il proiettile non si mostra subito alla vista e al tatto durante l'apertura del seno o se esso non fa sporgenza sotto l'osso è da sconsigliarsi qualsiasi tentativo di esplorazione.

Noi siamo d'avviso che se il trattamento di urgenza nei posti avanzati deve al più presto praticarsi in tutte le ferite d'arma da fuoco, esso poi s'imponga quando si tratti, come nella guerra attuale sovente, di vaste lesioni di continuo lacero-contuse prodotte da granate al fosforo in cui le pallottole sono fornite d'incisioni e dentature destinate a raccogliere e trasportare una parte di polvere di fosforo nella quale si trovano sommerse. All'atto dell'esplosione i frammenti delle granate e le pallottole dentate si diffondono ognuna trasportando qualche particella di fosforo; in genere esso s'infiamma al calore dell'esplosione, ciò che accresce infinitamente la sua potenza tossica. E basta una minima particella del veleno trasportato dalla pallottola o dal frammento di granata per determinare la gangrena dei tessuti.

Al principio della guerra i sintomi di avvelenamento fosforico erano attribuiti a cause affatto diverse, in ispecie alla contaminazione da germi del terriccio. E mentre le statistiche delle ultime guerre avevano dimostrato che se l'avvento dell'intenso fuoco da shrapnell e da granata comune moltiplicava i feriti, in compenso quelle carni straziate guarivano più sicuramente delle ferite prodotte da palle di fucile; oggi invece ci troviamo di fronte alle granate al fosforo che dànno la mortificazione rapida dei tessuti.

Di queste condizioni si deve tener conto specialmente in quelle ferite che hanno messo in

comunicazione il seno mascellare con il cavo della bocca o il labirinto etmoidale, con il cavo orbitale e l'apparecchio lacrimale o hanno, come nel caso del seno frontale, provocato una infrazione della parete interna del seno e quindi una comunicazione abnorme con la meninge e lo spazio epidurale. Sono queste le ferite in cui A. Schwartze dice che dev'essere di pragmatica, persino nelle sezioni di sanità che seguono il fronte, l'intervenire d'urgenza col largo sbrigliamento (sotto l'anestesia locale o generale) per esplorare il meglio possibile le lesioni in profondità, eliminando tutte le parti ossee isolate, coll'asportazione delle impurità, facendo anche una breccia ampia, tale da permettere l'esplorazione della dura madre. Se il malato presentasse segni di compressione cerebrale, non s'indugi a incidere la meninge per legare, occorrendo, il vaso leso. Qualche volta la garza sterile arresterà l'emorragia. Le parti ossee o scheggiate o infossate dovranno essere asportate, con leve e pinze osteotome, di cui sono ingegnosi modelli, secondo la curva da dare alla presa. Sia bandito dalle mani del chirurgo d'urgenza lo scalpello, fattore di maggiori danni, se vi sono fratture a distanza della base cranica per la succussione indotta dal colpo.

In queste ferite lacero-contuse, con tendenza alla mortificazione dei tessuti, non solamente dovrà essere accuratissima la disinfezione e la estrazione di qualsiasi piccola parte di proiettile e di corpi estranei impregnati della sostanza velenosa; ma, a differenza delle ferite nette dei seni accessori prodotte da palle di fucile che abbiamo consigliato di suturare, qui dovremo lasciarli aperti con ampio drenaggio.

Fra le ferite e le lesioni del capo riportate in guerra vanno del pari annoverate quelle delle cavità accessorie del naso provocate da accidenti ferroviari, da cadute, da contraccolpo, da percosse di varie armi ottuse, da calci di animali e da frammenti di pietre staccatesi dal masso che agirono come proiettili, ecc., ecc. In questo specchio devono essere anche comprese le ferite dei seni d'arma da taglio, da punta di sciabola, da baionetta, da lancia. Quasi sempre queste sinusiti traumatiche non sono semplici, ma complicate da recisione del dotto parotideo (fistola salivare), da ferite del nervo facciale (paresi, paralisi e contratture dei muscoli della faccia), da fratture e lussazioni del sacco lacrimale (epifora), da perforazione dell'arcata palatina, senza parlare delle lacerazioni e ferite dei grossi vasi arteriosi e venosi, per cui si fu talora costretti all'allacciamento dei grossi vasi. Baroffio e Sforza nel loro compendio di chirurgia della guerra di secessione d'America hanno riportato uno specchietto di 55 casi di legatura della carotide comune, di cui i risultati furono conosciuti in 45; si ebbero 15 guarigioni e 39 morti (cioè 72.02 %).

Le complicazioni delle sinusiti a carico dell'orbita possono interessare tanto le parti molli esterne, quanto le pareti, come pure il bulbo oculare. Troppo lungo sarebbe il divagare ed entreremmo anzi in campo altrui, se parlassimo della cura delle ferite semplici e contuse delle parti molli esterne dell'orbita e del bulbo oculare stesso. Accenneremo ai flemmoni prodotti da proiettile che, dopo aver attraversato le cavità nasali e il seno mascellare o etmoidale, penetrarono nell'orbita o attraverso la fessura sfenomascellare o attraverso l'osso unguis, giungendo anche alle volte a penetrare nella cavità cranica attraverso la parete superiore dell'orbita dopo averla fratturata. Queste ferite alle volte sono subitamente mortali per lesioni gravi meningoencefaliche, ma in altre circostanze la ferita decorre per qualche tempo in modo favorevole fin anco a guarire apparentemente; ma quando meno si aspetti si svilupperanno fenomeni che annunziano accidenti cerebrali e il malato non tarda a soccombere.

Allorchè a una sinusite traumatica compartecipa il cavo orbitale, immediatamente avremo: emorragia intraorbitale che produce esoftalmo coi suoi sintomi noti e, se il nervo ottico è leso e compresso, perdita della vista. Nelle fratture il sintoma più comune sarà l'enfisema, non sempre soltanto limitato al margine orbitale, ma anche alle parti più profonde, interessando allora le pareti del canale ottico e offendendo il nervo stesso. Quasi sempre l'ematoma intraorbitario s'infetta e si produce un ascesso orbitario il quale si dovrà d'urgenza aprire ampiamente in modo sollecito o attraverso la congiuntiva o attraverso la pelle, poichè anche non trovando gran quantità di pus si diminuisce la tensione delle parti e si perfora la via a un'evacuazione successiva.

Assai frequenti sono le sinusiti traumatiche in cui si ebbe come successione morbosa perdita parziale o completa della facoltà visiva, in alcuni definitiva, in altri transitoria, scomparsa cioè dopo che vennero sollecitamente operate. Interessante è un caso riferito da Baroffio e Sforza nella storia della guerra di secessione di America. Un capitano di volontari fu ferito, il 13 dicembre 1862, da un proiettile conico, che strisciò attraverso alla fronte due centimetri e mezzo circa sopra il sopracciglio producendogli una lievissima ferita, con insignificante emorragia, ma che probabilmente contuse l'osso frontale. Egli divenne immediatamente cieco; allo stesso tempo si paralizzarono i nervi motori dell'occhio; cosicchè le palpebre restarono abbassate, nono-

stante qualunque sforzo egli facesse per alzarle. I globi oculari divennero completamente privi di espressione. Pare che in appresso quest'ufficiale abbia potuto riacquistare la vista da un occhio.

Nell'opera di Silvestrini che riguarda la guerra libica sono riportate 7 ferite dell'occhio (cioè il 10.93 % delle ferite della faccia ed il 0.52 % sul numero totale delle ferite); di cui cinque con perdita completa permanente della vista, due con lesione parziale e temporanea del globo oculare. In uno dei casi il proiettile era penetrato alla radice del naso uscendo in corrispondenza dell'apofisi mastoidea di sinistra, lasciando integro il globo oculare, ma cagionando una completa amaurosi sinistra, quasi certamente prodotta da lesione dei vasi e nervi ottici. In un secondo caso la ferita era alla regione frontale con interessamento della volta orbitale ossea e in un altro ancora il proiettile da fucile aveva fratturato l'osso molare e mascellare superiore cagionando amaurosi omologa senza esoftalmo e lesioni apparenti del bulbo. Sventuratamente nella nostra guerra sono così frequenti questi casi che alla fine di essa sarà ben superiore la statistica che non quella dei summenzionati autori.

La perdita della vista in seguito a sinusiti traumatiche può avvenire vuoi in seguito a una infezione acuta diffusa del globo oculare (oftalmia metastatica), vuoi per nevrite e atrofia del nervo ottico da compressione, lacerazione, ecc. Nelle pansinusiti traumatiche, estremamente virulente, in cui attraverso grossi vasi venosi recisi i comuni piogeni poterono facilmente riversarsi, talora un embolo settico viene per le arterie ciliari posteriori ad arrestarsi nei vasi della coroide: è possibile anche che un embolo infettivo arrivi al globo oculare per l'arteria centrale della retina. L'oftalmia metastatica è una infiammazione endooculare che immediatamente abolisce la vista, essendo la coroide e la retina intimamente unite fra loro. La comparsa delle iriti rapidamente dopo la perdita della vista costituisce un sintomo caratteristico dell'esoftalmia metastatica. In questo caso non c'è altro che praticare prontamente l'enucleazione del bulbo per evitare la cosidetta oftalmia simpatica.

Si sono pure segnalati casi di sinusiti traumatiche in cui si ebbe per successione morbosa la sordità come si rileva da uno specchietto (sempre di Baroffio e Sforza) nel quale il difetto uditivo fu riscontrato per frattura del seno frontale da proiettile d'arma da fuoco. Anche Silvestrini nella sua notevole e preziosa relazione sulle vicende sanitarie della guerra libica dice non essere infrequente incontrare la sordità in seguito a ferite a carico della faccia, come a lui accadde di osservare in due soldati assistiti a bordo della nave ospedale « Re d'Italia », soggiungendo che oltre i fenomeni labirintici si ha prima o poi suppurazione della cassa timpanica.

Da ultimo resta ancora far menzione delle sinusiti traumatiche comunicanti colla cavità orale per più o meno vaste distruzioni della volta palatina. Lo stato di questi feriti è in genere compassionevole per il permanente deflusso di un liquido fetido dalla parte più declive delle labbra, per la difficoltà di masticare e deglutire, per la respirazione stertorosa, per la febbre permanente, per l'insonnia, ecc. La volta orale e i solchi gengivali sono coperti di icore commisto a cenci in via di necrosi; per lo più le lacerazioni sono ampie, irregolari, a fondo sanguigno sporco con brandelli di mucosa e schegge d'osso, alcune libere ed altre aderenti, ecc. In questi disgraziati s'impone una continua e scrupolosa toletta e disinfezione della bocca, onde la ferita si ricopra sollecitamente di ottime granulazioni e si possa perciò al più presto tentare una plastica riparatrice.

Riassunto nel modo più conciso quello che spetta al medico militare come ausilio d'urgenza nelle lesioni traumatiche del naso e dei seni della faccia è bene riaffermare che, se quest'ufficio è importante nelle formazioni di 1ª e 2ª linea, esso è maggiormente indispensabile negli ospedali territoriali ove affluiscono tutti i casi più gravi e quelli non operati bene, con i postumi di precedenti interventi affrettati e incompleti. Si aggiungano poi quelli in cui è intervenuta la complicazione settica, perchè già in precedenza malati in modo latente alle prime vie respiratorie e auricolari; così ozenatosi, luetici, tubercolosi, ecc., che avevano lesioni silenziose delle cavità accessorie del naso, i quali non vennero riformati, perchè non riconosciuti o non denunciati dagli stessi soldati.

In molti di questi pazienti non è tanto il proiettile o il corpo straniero che penetrò nei tessuti che è stata la causa di una pansinusite, ma i primi soccorsi istintivi per frenare le emorragie come tamponamento stipato alla Belloc, iniezioni di acqua ossigenata o calda, che in un naso normale sarebbero innocue; invece in cavità ricche di piogeni o in individui adenoidei, questi germi non solo prosperano, ma vengono meccanicamente spinti in parti in cui non sarebbero mai penetrati. A proposito delle lavande consigliamo ai medici militari, ai quali cadrà sott'occhio questo lavoro, di astenersene in tutti i modi e piuttosto sostituirvi quando si voglia disinfettare un campo ritenuto settico per corpi estranei, terriccio, proiettili, la medicatura profonda con tamponi intrisi di jodoformio in ete-

re, proposta da Bilancioni, che ha la stessa azione della tintura di jodio sulla cute.

Come si vede il campo operatorio negli ospedali territoriali è ancora vasto, comprendendo non solo le lesioni della faccia, in cui in primo tempo non si potè allontanare il proiettile, per situazione profonda od altro, ma tutte le sinusiti, che, per quanto operate, rimasero fistolizzate o che per le condizioni speciali della sepsi o del trauma furono seguite dalla formazione di sequestri; infine i numerosi casi in cui sono necessarie delle plastiche contro le deformità.

In genere negli interventi sui seni si bandiscano tutti i metodi dalla via nasale, che dànno l'illusione della guarigione e i cui inconvenienti sono parecchi, ad esempio: qualunque sia la dimensione data alla via di accesso, essa tenderà troppo presto ad occludersi e non darà mai adito sufficiente alla completa asportazione dei frammenti cariati o sequestrati, delle fungosità, dei corpi estranei incuneati nel seno; bisognerà contare sempre sulle condizioni anatomiche normali, mentre invece non v'è regione forse così suscettibile alle anomalie; entrerà in giuoco, come necessario complemento della cura, l'uso delle lavande che noi crediamo sinistre alla definitiva guarigione.

Tutti questi inconvenienti saranno relativamente lievi quando sia da aprirsi il seno mascellare per la via diameatica inferiore o il seno etmoidale con la resezione della testa del cornetto medio e l'apertura delle cellule anteriori del labirinto; ma quando si tratti del seno frontale pensiamo che si azzardi troppo a volere a qualunque prezzo farsi strada attraverso il canale naso-frontale, come vogliono alcuni rinologi puri anti-intervenzionisti (Hajek, Watson-Williams...). Così pure la sfenoidotomia transnasale con il metodo di Hajek all'uncino, di Spiess alla freise e quello di Moritz Schmidt con la sega sono tutti irti di pericoli, anche al più pratico della specialità e se n'ebbero vittime per l'apertura della cavità cranica e orbitaria con tutte le loro complicanze.

E qui ci si permetta di accennare ad un altro intervento endo-nasale ch'ebbe in questi ultimi tempi un quarto d'ora di voga, la dacrio-cisto-rinostomia interna col metodo di West modificato da Polliak, Halle, Hajek ed altri. Ora nelle peridacriocistiti che molto sovente riscontreremo negli ospedali militari di riserva fra i traumatizzati al seno fronto-etmoidale e mascellare non dobbiamo rinunciare ai benefici che arreca la classica dacrio-cisto-rinostomia di Toti che, oltre ad essere anatomicamente e chirurgicamente razionale, ha trionfato di tutte le obbiezioni che dal punto estetico le erano state mosse.

E qui per finire diremo che nelle sinusiti mascellari, abbandonati tutti gli altri metodi, ci atterremo strettamente alla larga apertura del seno attraverso la fossa canina con largo drenaggio della parete interna nasale secondo il metodo elegante e ideale di Caldwell-Luc. Riguardo al seno frontale saremo un po' più ecclettici, data la facile estensione della sinusite frontale ai seni vicini, ora scegliendo il metodo di Ogston-Luc, ovvero quello combinato fronto-orbitario di Killian o quello attraverso le vie orbitarie di Jansen. Nelle sinusiti traumatiche etmoidali che di rado sono isolate e pure, ma più spesso combinate con quelle del seno mascellare o frontale, sceglieremo la rinotomia alla Moure, per la via orbitaria, che presenta il grande vantaggio di dare largo accesso al labirinto etmoidale e di rispettare l'apparato oculo-lacrimale (sacco, vie lacrimali, globo oculare). È solo nei casi di etmoidite insieme con lesione del cavo orbitario (proiettili d'arma da fuoco) che prenderemo, specie quando esiste una fistola esterna, la via orbitaria, dovendo aggredire il labirinto etmoidale sulla guida del seno fistoloso o a traverso l'unguis per farsi strada anche al seno sfenoidale. E noi potremo completare questo intervento con l'operazione del Toti.

Resta infine a parlare delle sinusiti sfenoidali, le quali di rado sono primitive, ma secondarie ad altre lesioni cavitarie, avendo il proiettile già percorso la via orbitaria o nasale o mascellare. Donde fatta la diagnosi della via seguita dal proiettile sceglieremo:

*A*) La trapanazione attraverso il seno mascellare. Questa sarà modificata a seconda che è stato o no colpito il seno etmoidale; di solito si richiede come atto preventivo la turbinotomia media e inferiore.

*B*) Oppure la trapanazione attraverso l'etmoide, come abbiamo ricordato, sino a cadere sullo sfenoide.

*C*) Se invece è libero l'etmoide e il proiettile è nello sfenoide si può anche raggiungerlo per via nasale in corrispondenza delle coane.

*D*). Infine vi si giungerà per la via orbitaria.

La scelta di questi diversi processi sarà anche subordinata, come già abbiamo detto, alla conformazione anatomica individuale: vi sono infatti dei nasi larghi che permettono ampie esplorazioni delle cavità e di dominarle chirurgicamente; altre narici invece, anche con demolizioni parziali dei turbinati, si prestano poco a qualunque intervento profondo.

Talvolta nelle affezioni infiammatorie croniche del naso e dei seni di origine traumatica con incuneamento di proiettili o altri corpi stranieri nelle parti profonde dello scheletro facciale, le

operazioni praticate dalle vie naturali sono insufficienti e si perde un tempo prezioso. In questi casi, secondo Löwe, tre vie d'accesso potranne essere seguite per raggiungere il focolaio morboso:

1° *Operazione sopra il pavimento delle fosse nasali e sul mascellare superiore.* — Questa operazione può essere eseguita senza che ne risulti una cicatrice cutanea. Il suo principio riposa sulla decorticazione del viso e sulla sezione temporanea del palato osseo. S'incide la gengiva sulla faccia esterna del bordo alveolare superiore, dall'ultimo molare di un lato a quello dell'altro. Si scollano tutte le parti molli del bordo alveolare. Si apre traverso queste vie l'orificio nasale da ciascun lato della spina nasale anteriore e si solleva in massa il labbro superiore e la parte inferiore del naso. Si seziona il setto delle fosse nasali alla sua estremità inferiore e si apre l'antro d'Higmoro allo stesso livello. Mano mano che le pareti interne e anteriore dell'antro sono sezionate ci si accorge che il palato osseo comincia progressivamente ad abbassarsi e allorquando la sezione dell'osso sarà prossima alla parete posteriore del seno tutta la massa alveolare e palatina del mascellare superiore, come pure il pavimento del seno, formeranno un gran lembo che cade sulla lingua e sostenuto soltanto indietro. Il campo d'esplorazione che dà questa sezione temporanea, sul pavimento delle fosse nasali, è considerevole.

2° *Operazione sopra il setto delle fosse nasali e i seni etmoidali.* — Si pratica come sopra la decorticazione del viso; si pone a nudo la fossa canina, il margine osseo dell'orifizio anteriore delle fosse nasali e l'apofisi montante del mascellare superiore. Si reseca il turbinato inferiore, la parete facciale sottile del seno mascellare, la sua parete nasale, l'angolo osseo dell'orifizio nasale che li unisce, infine la branca montante del mascellare superiore, rispettando la regione lacrimale. Questa sezione unilaterale è definitiva; essa permette di operare con facilità sulla volta delle fosse nasali e i labirinti etmoidali. Malgrado la sua apparente gravità questo metodo si eseguisce facilmente e dopo l'operazione quando si è ripiegata sulla breccia ossea la maschera cutanea non persiste alcuna deformità apparente.

3° *Operazione sul seno sfenoidale.* — La prima parte dell'operazione consiste nel resecare, come sopra, traverso la bocca, ma da ciascun lato la parete interna e anteriore del seno mascellare, il turbinato inferiore e l'angolo osseo dell'orifizio nasale; poi si fa ricadere la maschera cutanea. La seconda parte dell'operazione è caratterizzata dall'apertura del naso come una porta a due battenti. A tal uopo si tracciano due incisioni cutanee, l'una orizzontale, da una apofisi orbitaria esterna all'altra, seguendo il bordo superiore dei sopraccigli, l'altra mediana che taglia perpendicolarmente la prima, rimontante 6 centimetri sulla fronte e discendente fino alla cartilagine del naso. Denudato l'osso si apre con lo scalpello in ciascun lato la parete anteriore del seno frontale discendendo fino al canale naso-frontale; si sega verticalmente a ciascun lato l'osso proprio del naso presso la linea mediana; si separa l'osso dalla cartilagine. Non resta più che a reclinare lateralmente come battenti di porta i due lembi ossei così tagliati. La terza parte dell'operazione consiste successivamente a resecare il setto, a escidere i due turbinati di Bertin e qualora occorra ad aprire largamente il seno sfenoidale.

### DIFETTI NELLA MECCANICA RESPIRATORIA NASALE DEI SOLDATI

Tutte le cause morbose che ostruiscono le prime vie respiratorie e per ciò pongono i militari in uno stato d'inferiorità ed inabilità temporanea al servizio di guerra debbono a nostro avviso rientrare nella chirurgia d'urgenza che vuole essere praticata anche nelle ambulanze o negli ospedaletti da campo per ridurre al *minimum* coloro che per altre ragioni sono validi alle armi. Troppo lungo sarebbe enumerare tutte quelle lievi affezioni morbose naso-faringee, cui si ricollegano disturbi olfattivi, dentari, auricolari, affezioni bronco-polmonari, adenopatie, deficiente ossigenazione del sangue, asma, corea, insonnia, aprosexia; ma di alcune di esse è così facile raggiungere la guarigione, che è bene indicare il mezzo più pronto di cura nella chirurgia di guerra.

Così, trattandosi di mixomi nasali, non faremo lo strappamento, ma si utilizzerà il laccio di De Rossi, onde evitare le emorragie; nell'ipertrofia dei turbinati ricorreremo alla turbinotomia o alla decorticazione, mai alla turbinectomia completa per superare la stenosi nasale; non indugeremo, se l'individuo ha delle vegetazioni adenoidi, a fare il raschiamento, previa somministrazione per uno o due giorni di cloruro di calcio 1-2 % come emostatico. Chavasse su 3000 soldati infermi entrati dal 1898 al 1905 in Val de Grâce ne trovò 342 con adenoidi.

Le più importanti alterazioni che compromettono la respirazione nasale sono quelle date dalle deformazioni del setto osteo-cartilagineo, la cui asimmetria sembra quasi essere nella razza europea costante (80 % in media), mentre nelle razze inferiori sono eccezionali. Le deformità del setto vennero classificate in deviazioni, inflessioni, spine, speroni, ispessimenti a seconda della forma. In genere le deflessioni sono a *C* o *S* ita-

lica o a *Z*. Non sempre a una narice estremamente ristretta corrisponde l'altra più ampia del l'ordinario; capita invece che sieno ambedue ostruite.

E non sempre l'ostruzione è data dall'ingrossamento o spostamento della cartilagine e dell'osso, ma anche della mucosa. In ogni caso di deviazione si deve anche tener conto della lussazione della cartilagine quadrangolare che si osserva facilmente nel sotto-setto sollevando il lobulo nasale.

Senza entrare nell'etiologia e patogenesi, si terrà solo presente che molte sono di origine congenita, altre acquisite traumatiche. Fatta la diagnosi, il miglior metodo in tesi generale trattandosi di creste, speroni e deviazioni angolari molto pronunciate è il seguente. Previa anestesia e ischemia e staccata la mucosa di rivestimento si rimuovono queste sporgenze cartilaginee dal basso in alto con la sega nasale di Goldschmidt e quella di Bosworth oppure col coltello a slitta di Carmalt-Jones. Se le spine sono molto prominenti, occorre talvolta adoperare un piccolo scalpello. Nelle semplici deviazioni senza notevole ispessimento nè dell'osso nè della cartilagine si è consigliato il forcipe di Juraz, di Walsham, di Delstanche, di De Rossi, ma si corre il rischio di far cadere in cangrena il setto o di perforarlo; nel caso in cui si raggiunge lo scopo ciò avviene per la frattura dello scheletro. Migliore è l'operazione di Glison quando vi sia spazio sufficiente; egli con una sega dal basso in alto escide la sporgenza ossea, disegnando un lembo a sportello, aderente per il suo margine superiore. Con l'indice forza questo lembo a uscire dalla narice opposta, rimanendo così appoggiato ai margini della perforazione. Si pongono poi due tamponi.

Abbiamo poi le deviazioni del setto con narici ristrette e consiglieremo allora il metodo di Krieg proposto nel 1886 e ripreso da Bönninghaus nel 1900, il quale consiste nell'asportazione di tutta la parte mucosa cartilaginea sporgente. Egli fa un'incisione a *L*, penetra fra la cartilagine e la sottomucosa della parte concava e dopo asportata lascia guarire la superficie cruenta per seconda intenzione. In questi casi serve pure il metodo di Asch, consistente in un taglio in croce che cade sulla parte più eminente della deviazione; schiaccia le parti così mobilizzate e tampona. Non resta per i medici militari che conoscere l'operazione ideale di Killian e Freer, per cui avendo fatto un'incisione a *L* o *V*, si staccano le due superficie mucose sino alla maggiore profondità e asportato lo scheletro osteo-cartilagineo o con le pinze di Baillenger o con il coltello di Jansen si riaccollano le due mucose.

Riepilogando tutto quello che abbiamo detto sulla chirurgia di guerra delle vie nasali e cavità annesse, abbiamo avuto di mira di fissare quanto è autorizzato fare nelle ambulanze e negli ospedali da campo, sfuggendo all'abitudine invalsa di rapido allontanamento a ospedali lontani con pericoli immediati e tardivi dei feriti.

Zola nella *Debâcle* ci presentò alle porte delle ambulanze un mucchio di gambe e braccia amputate che in mancanza della Croce di Ginevra erano la bandiera della sezione di Sanità; oggi con il raffinamento della barbarica tecnica guerresca, il trofeo sarebbe coronato anche da infiniti teschi crivellati, da richiamare il macabro sepolcreto dei Cappuccini di Roma. Al presente le amputazioni sono rarissime purchè i vasi e i nervi di un arto siano salvi. Perchè i feriti del cranio non hanno da godere della stessa pronta chirurgia riparatrice e conservatrice incoraggiata dalle superiori autorità sanitarie?

Si ricordi che il padre della medicina lasciò scritto: *lenire dolorem divinum est.* Noi nei traumi della faccia e del cranio dobbiamo cercare di sanare al più presto le ferite; onde far rifiorire il sorriso ov'era tristezza e sconforto e ridare al ferito tutto il suo valore e prestigio sociale in guisa che non abbia vergogna di sopravvivere fra i suoi simili deforme e oggetto di scherno. Ecco la missione ambita, privilegiata e nobile del chirurgo rinologo.

## BIBLIOGRAFIA.

DUPUYTREN. *Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre.* Paris. J. B. Baillière, 1834.

BAROFFIO FELICE e SFORZA CLAUDIO. *Compendio di chirurgia compilato sulla storia medico-chirurgica della guerra di secessione d'America.* Roma. Voghera Carlo, tipografo di S. M. 1884.

E. FOSSATARO. *La regione temporo-sfeno-mascellare e le fratture della base del cranio.* Annali di Medicina Navale, anno IX, 1903, volume I, pag. 78. Roma.

GERONZI GAETANO. *Su di una particolare modalità di tamponamento nasale anteriore post-operatorio.* Atti della R. Clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma, anno 1903.

LAURENS G. *Chirurgie oto-rhino-laringologique.* Paris. G. Steinhel éditeur, rue Casemire Delavigne, 2, 1906.

LOEWE. *Sur la chirurgie du nez.* Société de médecine berlinoise, séance du 29 janvier 1908, in Berliner Klinische Wochenschrift, n. 7, 17 février, p. 378, et n. 8, 24 février, p. 422.

TOTI ADDEO. *La dacrio-cisto-rinostomia.* Firenze, tip. Meozzi, 1909.

ALFONSO POPPI. *Traumi del naso.* Atti del XIII Congresso della Società italiana di laringologia, d'otologia e di rinologia. Roma. Tipografia del Campidoglio, eredi D'Antonis, 1910, pag. 7.

MANASSE. *Sulla meningite traumatica rinogena.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, tome XXXVII, n. 41, 12 octobre 1911, p. 1888.

CLAUDIO SFORZA. *Sopra un mezzo semplicissimo di difesa contro le malattie che si contraggono con la respirazione dell'aria attraverso le cavità nasali.* Roma, Tipografia Enrico Voghera, 1911.

R. GAUTHIER. *Les fractures du nez chez les boxeurs.* Thèse de doctorat. Paris, juin 1912.

J. GAREL. *Les fractures du nez.* Bordeaux. Frères et fils éditeurs, rue de Grasso 9, e Paris, Doin éditeur, place de l'Odeon. 1912.

J. HOMANS (Boston). *Le traitement chirurgical des traumatismes de la tête intéressant le cerveau.* The Boston Med. and Surgical Journal, tome CLXVII, n. 20, 14 novembre 1912, p. 684 a 691.

L. KATZ, H. PREYSING e F. BLUMENFELD. *Handbuch der speziellenchirurgie des Ohres und der Oberen Luftege.* Würzburg, Verlag von Curt Kabitzsch, 1912.

TATSUO EGUCHI (Japon). *Contribution à l'étude de l'épilepsie traumatique consécutive aux plaies de la tête dans la guerre russo-japonaise.* Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. CXXI, fasc. 3-4, février 1913, pages 199 à 230.

IMBRIACO P. *Le ferite prodotte dalle moderne armi da fuoco portatili da guerra alle varie distanze.* Il Policlinico, anno XX, 1913, fascicolo 4°.

FERRERI GHERARDO. *Dacrio-cisto-rinostomia esterna od interna?* Estratto dal vol. XXV, fascicolo 1, dell'Archivio Italiano di otologia, rinologia e laringologia, 1914.

LAURENT OCTAVE. *La guerre en Bulgarie et en Turquie.* Paris, Maloine éditeur, 25-27 rue de l'Ecole de médecine, 1914.

LOEB W. HANAU. *Operative surgery of the nose, throat and ear.* Due volumi. London. Henry Kimpton, 263 High Holborn, W. C. 1914.

SILVESTRINI LUIGI. *Le vicende e la chirurgia di guerra a bordo della R. nave ospedale « Re d'Italia » durante la guerra libica 1911-1912.* Genova, A. Donath editore. 1914.

BILANCIONI GUGLIELMO. *Manuale di oto-rino-laringoiatria.* Amministrazione del « Policlinico », Roma, 1915.

ARNOLFO CIAMPOLINI. *Valutazione di danno lavorativo in caso di frattura delle ossa nasali.* Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso. Firenze. Anno XXXIII, n. 7, luglio 1915, pag. 153.

GHERARDO FERRERI. *Sui pericoli e le complicazioni delle lavande nasali.* Roma, Tipografia « Le Massime », Farri e Marchesi, via delle Tre Pile, 5, 1915.

GHERARDO FERRERI. *Sieroterapia dell'asma d'origine nasale.* Roma, Tipografia « Le Massime », Farri e Marchesi, via delle Tre Pile, 5, 1915.

SCHWARTZ ANSELME. *Traitement des coups de feu du crâne.* Paris Médical, 5° année, n. 9, juillet 3, 1915.

WILLIAM MILLIGAN e F. H. WESTMACOTT. *Warfare injures and neuroses.* The Journal of laryngology and otology. Volume XXX, n. 8, August 1915.

LAPOINTE ANDRÉ. *Le traitement opératoire des blessures du crâne dans une ambulance de l'avant.* Journal de Chirurgie, année XIII, n. 3, août 1915, pag. 241.



# NOTE E CONTRIBUTI.

## Le punte di fuoco nella terapia delle così dette tubercolosi infiammatorie

per il dott. ATTILIO MAFFI.

Rammento che quando ero interno all'Ospedale Mauriziano di Torino mi occorreva di vedere abbastanza frequentemente delle cicatrici di punte di fuoco che i pazienti consideravano con occhio riconoscente come segni del toccasana che li aveva ridati alla vita, alla salute, al lavoro. Io invece, e con me i colleghi d'ospedale, ero molto scettico su questo preteso talismano e riferivo alla suggestione, o al caso quell'effetto che al termocauterio si voleva ascrivere. Per alcuni anni mi mantenni in questo concetto e non usai il termocauterio se non come caustico, come demolitore, come emostatico, ecc., ma non mai come *rivulsivo*.

Più tardi trovandomi in paesi la cui popolazione emigrava in Francia, ebbi spesso occasione di vedere malati che avevano subito le punte di fuoco e me ne dicevano mirabilia.

Infatti il termocauterio rivulsivo è usitatissimo in Francia come da noi può essere il vescicatorio, mentre fra i Tedeschi è prevalente l'uso delle coppette.

Gli AA. francesi consigliano frequentemente le punte di fuoco in molte forme cliniche mediche e chirurgiche, ed i medici ne usano largamente anche nella pratica di campagna.

Non potendo nascondermi che un uso così generalizzato dovesse avere qualche base di esperienza, mi decisi ad applicare le punte di fuoco, dieci anni fa circa, ad una malata che le reclamava per liberarsi di un dolore muscolare, che io interpretai, forse a torto, per reumatoide, alla regione deltoidea.

La paziente era a primo aspetto esuberante di salute, ma l'anamnesi minuziosa rilevava diversi fatti che non lasciavano dubbi su precedenti tubercolari della pleura, dei polmoni, delle ghiandole, e ricordava dolori a tipo reumatico insistenti alle ginocchia, ai gomiti. Due o tre volte per questi dolori il medico aveva usato a Parigi il termocauterio, ed ogni volta l'esito era stato soddisfacentissimo.

La donna affermava che il dolore attuale era dello stesso tipo di quelli passati, e reclamava il ferro ed il fuoco con una insistenza solo spiegabile colla felice esperienza del passato.

L'esame obbiettivo denotava una durezza elastica della massa deltoidea senza apparente gonfiezza, ma solo lieve tensione del muscolo, sicchè la paziente era forzata a staccare un po' il braccio ed il gomito dal tronco, e obbligata a

portare al collo un fazzoletto per sostegno dell'avambraccio. I movimenti passivi non erano dolorosi salvo quando si tentava un avvicinamento forzato del braccio al tronco; i movimenti attivi possibili, ma senza energia; non si rilevavano scricchiolii articolari; ma comprimendo sull'interlinea articolare, l'ammalata accusava dolore acuto. Elevazioni termiche nel pomeriggio fino a 37°.5-37°.6 all'ascella.

Dopo alcuni tentativi vani con salicilici, con massaggi, applicazioni calde, durante i quali era visibile un deperimento dello stato generale, mi decisi ad applicare una trentina di punte di fuoco nella massa del deltoide e intorno alla articolazione della spalla, affondando il coltello del termocauterio di Paquelin per 5-6 millimetri. Poi medicazione con garza sterile asciutta.

Il dolore scompare subito; scompare la febbre, dopo cinque giorni la malata va tranquillamente a passeggio col braccio libero, e dopo dieci giorni essa mi dichiara di non aver più ombra di malessere. Ed infatti in una quindicina lo stato generale torna fiorente come prima.

Dopo sette mesi fui chiamato presso la stessa malata per un dolore ad un ginocchio. Era il ginocchio già termocauterizzato a Parigi che la faceva soffrire. Era gonfia la giuntura, ma di una gonfiezza indecisa, una maggior rotondità, indolente alla pressione lieve, ma spontaneamente dolorosa nel profondo; dolorosi i movimenti passivi, impossibili quelli attivi, dolente la pressione profonda in corrispondenza dei condili femorali. Temperatura vespertina 37°.5-37°.6.

Qui mi si affacciò l'ipotesi che si dovesse trattare di una forma tubercolare, ipotesi che mi si andò confermando, sicchè io prescrissi rigoroso riposo prolungato, e forse avrei fatto un bendaggio immobilizzante (allora erano di prammatica) se la malata non mi avesse assalito colla insistentissima preghiera di ritentare le punte di fuoco.

Mi arresi volentieri alla preghiera e ne applicai una cinquantina tutto attorno al ginocchio, avvertendo naturalmente che dopo le punte di fuoco il riposo si imponeva ancora ugualmente.

Il risultato fu davvero confortante, sicchè, scomparso quasi subito il dolore spontaneo, dopo 40 giorni potevo lasciar scendere la malata in una sedia a sdraio e dopo un altro mese la vedevo camminare bene.

Il caso era istruttivo ed incoraggiante, e dopo d'allora usai frequentemente il termocauterio rivulsivo in tutte quelle forme che si divinano come tubercolari pur non avendone una chiara prova scientifica (1).

Ponchet e Leriche nel loro libro « La tuberculose infiammatoire » descrivono e spiegano la genesi di queste affezioni nelle quali solo la diligente osservazione rivela l'essenza tubercolare.

Senza entrare nella discussione sul modo di interpretare queste manifestazioni che Poncet attribuiva dapprima a irritazioni prodotte in un dato punto da tossine circolanti nel sangue ed ora invece attribuisce all'azione di bacilli tubercolari attenuati; che Gregoraci vorrebbe chiamare indovazioni bacillari, che altri chiamano paratubercolosi, oppure pretubercolosi, io userò la denominazione di *tubercolosi infiammatorie* creata da Poncet.

Sono forme dalle quali non solo non si riesce ad isolare quasi mai il bacillo; non solo non si possono trarre colture, ma spesso non si riesce neppure colle inoculazioni ad aver reazioni nelle cavie, oppure si hanno reazioni tanto lievi da passare inosservate; sono forme clinicamente appartenenti alla tubercolosi, ma che non hanno il marchio del follicolo tubercolare nè della cellula gigante.

Sono monoartriti, poliartriti, acute o croniche, miositi, neuriti, osteiti rarefacenti o eburneizzanti, periostiti; sono algie vaghe, dolori toracici lancinanti talora, talora muti, talora accompagnati da lieve sfregamento pleurico, più spesso con reperto negativo; sono dolori precordiali, rachialgie, sinoviti tendinee o muscolari, contratture, ecc.

Ebbene, in molte di queste forme senza escludere nessuna delle altre cure razionali, e specialmente il riposo, l'aria, ed il sole, noi possiamo avere effetti sorprendenti coll'uso delle punte di fuoco.

Il medico sa che la cura non consiste solo nell'allontanare la sofferenza immediata, ma non può neppure dimenticare che il malato vuole anzitutto alleviare il male, ciò che si ottiene appunto quasi sempre con questo espediente, sempre innocuo e tollerato benissimo anche dai pazienti più sensibili.

Coll'ordinario coltello del termocauterio di Paquelin a punta smussa larga 4-5 mm. e ben incandescente ci affondiamo fino nel derma, e, se si tratta di parti non corrispondenti immedia-

(1) Nei paesi rurali con forte emigrazione verso le città si ha frequente occasione di curare di queste tubercolosi mascherate; perchè molti dei reduci dalle città giungono al villaggio malati di tutte le forme possibili di tubercolosi, senza sapere di essere tubercolosi. Spesso guariscono contro ogni pronostico del medico, e guariscono con apparenze così floride che essi si credono autorizzati a considerarsi come più forti degli altri.

tamente ad ossa, tendini od organi delicati superficiali, fino ad un buon centimetro di profondità.

Per esempio in una ischialgia ribelle a tutte le cure medicamentose e fisiche ottenni un buonissimo e rapido successo con una energica termocauterizzazione di un centinaio (!!!) di punte di fuoco alla natica ed alla faccia posteriore della coscia affondando la punta rovente fino a sentir mancare la resistenza della pelle che alla natica è assai robusta.

Dopo la cauterizzazione si applica una medicatura asettica asciutta oppure spalmata di un po' di vaselina borica, ed in pochi giorni le ferite saranno guarite. Non si ha quasi mai reazione febbrile.

Le ferite più profonde dànno talora un po' di secrezione siero-sanguinolenta ma non durano più di una quindicina di giorni, venti al massimo quanti appunto ne occorrono al medico per cominciare la sua opera di persuasione.

Si spiegherà al paziente che la malattia potrà essere, anzi sarà probabilmente piuttosto lunga, e si passerà a suggerire i mezzi che devono impedire il ritorno di disturbi simili a quelli attuali. I consigli insisteranno sopratutto sulla igiene generale, sul genere di occupazioni cercando di eliminare il *surménage,* sulla regolarizzazione della alimentazione, ecc. La vita della campagna è sempre la migliore delle medicine in tutti questi casi.

Col mio inno alle *punte di fuoco* non pretendo di aver detto qualche cosa di nuovo, ma ho voluto ricordare un metodo vecchio, forse troppo abbandonato dai medici di oggigiorno, come sono stati abbandonati con eccessivo disprezzo molti dei vecchi sussidî empirici che pure hanno spesso una indiscutibile efficacia curativa.

Contro la tubercolosi i sussidî non sono mai troppi: essa si presenta sotto tanti aspetti, che noi dobbiamo moltiplicare gli espedienti per fare argine in ogni direzione contro il suo avanzare.

**Premio semigratuito per gli abbonati al "Policlinico,,:**

**ELEMENTI DI ODONTOIATRIA e di protesi mascellare e facciale**

**ad uso dei medici e degli studenti di medicina**

del Prof. ANGELO CHIAVARO
della R. Università di Roma
con prefazione del Prof. F. DURANTE.

*Seconda edizione, in commercio al prezzo di* **L. 10,** per gli associati al "Policlinico,, solo **L. 6** franco di porto.

**Per riceverlo prontamente, inviare cartolina-vaglia al Prof. ENRICO MORELLI - Via del Tritone, 46 - Roma.**

# NOSTRE CORRISPONDENZE.

## Come funzionano alcuni servizi sanitari in Francia

**(Insegnamenti che se ne possono trarre).**

Relazione del dott. EMILIO GREGO
tenente medico, dirett. della IIª Sez. radiologica
della Croce Rossa Italiana.

IL SERVIZIO RADIOGRAFICO IN GUERRA.

La guerra, che colse la Francia all'improvviso, trovò disorganizzati tutti i servizi sanitari. Primissimo fra questi quello radiografico.

I motivi di tale disorganizzazione furono due.

1. *Mancanza di istrumentario.* La Direzione della « Santé Militaire » non si era resa ragione in tempo di pace dell'importanza della funzione che in guerra doveva assumere la radiografia: non era perciò, allo scoppio delle ostilità, provvista dell'armamentario necessario. D'altra parte i rifornimenti erano difficili perchè anche le migliori fabbriche francesi di apparecchi elettromedici non erano pronte ad una produzione sufficiente, data ancor più la mobilitazione avvenuta nelle maestranze.

Alcuni accessori necessari poi, come i tubi di Crookes, erano prima della guerra quasi esclusivamente importati dall'estero e specialmente dalla Germania e perciò mancavano.

2. *Mancanza di personale tecnico.* La mobilitazione farraginosa, improvvisa del corpo sanitario, costrinse i componenti di questo ad assumere funzioni spesso contrarie alla attitudine e alla competenza acquisita collo studio e con la pratica. Ne venne in conseguenza che, mentre si procedeva a sopperire alle deficienze dell'istrumentario, ci si accorse che mancava il personale tecnico addestrato, perchè era stato adibito ad altri incarichi.

Col progredire del tempo, a questi inconvenienti ci si accinse a porre riparo: 1° intensificando la produzione: 2° richiamando alla loro funzione i radiologi, sia civili che militari, designati ad altri incarichi, dando a questi l'onere di creare degli specialisti fra il personale di assistenza.

***

L'esperienza di un anno di guerra dimostrò in Francia come in Inghilterra ed in Belgio vari principi:

1° La radiologia non è un elemento sussidiario della chirurgia di guerra, ma parte essenziale fondamentale della stessa. Infatti, in tutti gli atti operativi volti alla ricerca ed all'estrazione dei proiettili, la mano del chirugo deve es-

sere guidata dal radiologo al quale unicamente risale così il merito della estrazione rapida e sicura, quanto la colpa in caso di insuccesso. In altre parole, con la radiologia di guerra fatta mercè metodi esatti e razionali si è addivenuti ad uno spostamento nella responsabilità dell'esito delle operazioni chirurgiche, dal chirurgo al radiologo.

2° Mentre l'esame radioscopico e radiografico eseguito con mezzi ed apparecchi idonei, con scrupolosa e minuziosa esattezza, dà risultati veramente brillanti, la radioscopia e la radiografia, eseguita con sistemi imperfetti, con apparecchi di fortuna, si è rivelata non solo insufficiente, ma spesso dannosa, traendosi con essa in iganno il chirurgo, che opera alla cieca, a seguito di indicazioni radiologiche che sono il più delle volte erronee.

3° Le ricerche radiologiche sono necessarie in tutti i momenti che traversa il ferito dall'istante in cui, dopo essere stato raccolto, è trasportato al primo posto di medicazione, a quello in cui, trasferito ormai negli ospedali di degenza del fronte o delle retrovie, può essere sottoposto alle operazioni non più d'urgenza, ma di elezione.

Ogni posto sanitario ove si può operare, quindi, tanto per necessità urgenti, riguardanti la conservazione della vita, quanto per opportunità chirurgiche, inerenti alla conservazione della funzione od anche dell'estetica, deve essere fornito di un armamentario radiologico, e di personale competente.

*
* *

Date le su esposte premesse, dimostratesi vere in quest'anno di prova doloroso, si provvide e si provvede in Francia gradualmente a dotare ogni centro ospedaliero delle retrovie di impianti fissi completi, facendo tale dotazione non in via accessoria, ma in via fondamentale, in uno con le altre dotazioni di sterilizzazione, di sala operatoria, ecc. Nei centri ove gli ospedali sono numerosissimi e vicini, con un solo impianto fisso si sbriga il lavoro di vari ospedali trasportando, in caso di bisogno, il malato all'apparecchio, anzichè questo a quello. Anche tale sistema va però scomparendo, mentre tutti gli ospedali procurano di munirsi del proprio armamentario e — ciò che è più difficile — del proprio personale tecnico.

Ma fin dall'inizio della guerra però ci si accorse che non bastava che gli ospedali di riserva delle retrovie fossero muniti di un armamentario radiografico: si vide quali immensi benefici si sarebbero ottenuti se gli ospedali del fronte avessero potuto essi pure usufruire della radiografia.

Madame Curie per prima vide e tentò la prova montando sopra automobili da turismo degli apparecchi con cui era possibile almeno praticare degli esami radioscopici sufficientemente esatti.

Il tentativo della Curie, non pratico in sè, valse a dimostrare che la cosa era tanto utile, che valeva la pena di studiarla a fondo. Si addivenne così alla costruzione di vetture automobili radiografiche, contenenti impianti sempre più perfetti e colle quali è possibile eseguire qualunque minuta ricerca sia radioscopica che radiografica. Tali vetture, in numero sempre crescente — ve ne sono oggi in servizio in Francia oltre un centinaio — sono adibite al servizio delle ambulanze e degli ospedali del fronte di prima e di seconda linea. Esse sono provviste oltrechè di un macchinario generatore di corrente elettrica, di un laboratorio fotografico completo, perchè la pratica dimostrò che, in guerra, la radioscopia può servire come sussidio alla radiografia, mai come fine a sè stessa. A ciascuna di queste vetture viene assegnato come sede un centro cui di regola dovrebbe far sempre ritorno la sera per essere pronta alla eventuale chiamata del giorno successivo di un'altra unità ospedaliera. Quanto più cresce il numero delle vetture in servizio, tanto più diminuisce il raggio d'azione di ogni vettura singola, rendendolo più intensivo e proficuo.

Anche a questo riguardo la tendenza attuale è volta a dotare ogni singola formazione chirurgica del fronte del proprio impianto radiografico mobile, sia col mezzo delle *formations chirurgicales* di cui terrò parola in altra parte di questa relazione, sia con quello delle *formations Marcile*.

*
* *

Le operazioni radiografiche e radioscopiche si svolgono quasi ovunque ormai col sussidio di personale tecnico competente, non con radiologi improvvisati.

Tanto gli impianti fissi che gli impianti mobili (abolito ed eliminato tutto l'armamentario antiquato ed imperfetto che specialmente nei primi tempi della guerra era stato messo in uso) constano in genere di apparecchi ben fatti e ben studiati, prevalentemente della casa Gaiffe e C. di Gallot (nella maggioranza), della casa Drault (adottati specialmente dagli inglesi), della casa Radiguet e Massiot.

Tali apparecchi, in ispecial modo quelli di Gaiffe, che è fornitore unico dei Governi francese e belga, hanno dato risultato ottimo, sia per precisione che per durata. Sono esatti, ed è possibile far con essi qualunque esame minuto.

La guerra attuale ha segnato il trionfo della radiografia sulla radioscopia.

Stabilita l'esistenza della lesione colla radioscopia, si procede sempre all'esame radiografico, sia per fissare i limiti della lesione se si tratti di fratture od altro, sia per designare esattamente la localizzazione del proiettile o del corpo estraneo, se esiste la permanenza di questo e se si deve procedere all'estrazione di esso.

Tra la ridda di mezzi empirici e geometrici volti a localizzare i corpi estranei è stato ormai in Francia adottato dalla parte più colta dei medici radiologi e dei chirurgi più valenti, il compasso di Hirtz, medico militare dell'Armata.

L'esattezza del compasso di Hirtz è veramente prodigiosa. In una statistica di 1800 ricerche degli ospedali di Amiens non si ebbe un solo caso di errore. All'Hôpital Cochain di Parigi il dott. Menard, radiologo di alto valore ed apostolo del compasso di Hirtz, su varie migliaia di operazioni non una sola volta errò nel designare al chirurgo la via che doveva seguire per raggiungere il proiettile, di cui seppe indicare la posizione esatta e la profondità.

La superiorità del compasso di Hirtz su tutti gli altri metodi tentati, consiste in ciò che col compasso di Hirtz si insegna al chirurgo non soltanto l'esatta localizzazione del proiettile in un punto, ma in una serie di punti e di linee, in modo tale che il chirurgo può scegliere la più facile e sicura via per aggredire il corpo estraneo, avendo sempre tracciata la più certa indicazione del posto in cui il proiettile si trova.

Se il chirurgo non rinviene subito il proiettile, c'è stato errore da parte del radiologo; chè se questo ha ben lavorato, ogni errore si rende impossibile.

L'opera del chirurgo viene perciò enormemente semplificata. Egli, sulle indicazioni avute e purchè sia assistito dal radiologo, ha libera scelta e può in brevissimi minuti raggiungere il suo obbiettivo.

Il radiologo certo ha un compito più arduo e più lungo, ma è indubbiamente preferibile fare un maggior lavoro a tavolino, quando tale lavoro può abbreviare dell'80 % quello che si deve compiere sul corpo del ferito.

La pratica del compasso di Hirtz, che sembra difficile e complicata allorchè si studia in teoria, può essere appresa in due o tre giorni benissimo da persona che, conoscendo già la radiologia in genere, veda altri usare il metodo in parola.

Il dott. Menard istruì nel volgere di pochi mesi decine di medici nell'uso del compasso con cui vengono ormai operati veri prodigi.

Viepiù si va diffondendo il compasso di Hirtz, tanto più cade l'uso dell'elettrocalamita vibrante e di tutti gli altri metodi di localizzazione dei proiettili.

* * *

Riassumendo perciò, nei servizi radiografici di guerra, la esperienza ha insegnato in Francia quanto segue:

1° Il servizio radiografico, parte essenziale, non complementare del servizio chirurgico, deve trovar posto in ogni formazione sanitaria ove si opera, tanto in quelle in prossimità del fronte, come in quelle delle retrovie.

2° Fino a che tale servizio non sia installato in ogni singola formazione sanitaria, si può provvedere al servizio radiografico di varie formazioni colla istituzione di vetture automobili radiografiche. Ciascuna di queste non deve avere un troppo grande raggio di azione per poter adeguatamente svolgere il proprio compito.

3° Gli impianti radiografici provvisori ed imprecisi, debbono essere aboliti, come dannosi, essendo preferibile non eseguire alcuna indagine radiografica, che eseguirla con metodi insufficienti ed inadeguati che traggono in errore l'operatore.

4° Il personale addetto ai servizi radiologici deve essere esclusivo per essi ed acconciamente specializzato. Ogni impianto radiologico in funzione diretto da uno specialista può addestrare un certo numero di medici che potranno in seguito dirigere altri impianti.

5° L'esame radioscopico deve servire come sussidio dell'esame radiografico, non come fine a se stesso. Anzitutto il lieve onere che deriva dalla lastra fotografica che si consuma in più è largamente compensato dal vantaggio che risulta dal fatto che con tale metodo rimane la storia grafica del malato. È sempre necessario, poi, usare la radiografia quando si tratta di localizzazione di un proiettile. I metodi stereoscopici debbono lasciare il campo a metodi di indagine più precisi *e che siano di vera guida al chirurgo anche durante l'atto operativo*.

6° Il compasso di Hirtz è il metodo più sicuro di localizzazione dei proiettili. Risparmia al chirurgo del lavoro inutile; al paziente dolori e lacerazioni evitabili. È il metodo che, con certezza matematica, lascia al chirurgo la libera scelta della via di accesso del proiettile, in quanto il corpo da estrarre si trova nel punto preciso che il radiologo indica.

### IL SERVIZIO DI EVACUAZIONE DEL CAMPO DI BATTAGLIA E DEL TRASPORTO FERITI.

Chi legga il rapporto di M. Giuseppe Reinach, relatore della Commissione superiore consultiva del servizio di sanità, relazione pubbli-

cata il 2 marzo, si può formare un concetto sufficientemente esatto degli errori là commessi nei primi tempi della guerra, per ciò che si riferisce al servizio di evacuazione del campo di battaglia ed al trasporto dei feriti. Vedrà quanto è stato fatto per riparare a quegli errori; quanto si può apprendere noi dall'esperienza dolorosa dei nostri fratelli di lotta.

La durata della moderna battaglia, la difficoltà di raccogliere tosto i caduti sul campo ad onta degli sconosciuti eroismi dei medici e degli infermieri e dei portaferiti, il numero spesso impreveduto ed imprevedibile dei colpiti, resero arduo fin dal principio il problema. È dato di fatto inoppugnabile, che complicazioni mortali, mutilazioni disastrose per il ferito e per la società, sono tanto meglio e tanto più spesso evitabili quanto più pronto è il soccorso. Era obbligo perciò, e i francesi lo compresero, studiare ed attuare tutti i mezzi più idonei alla rapida evacuazione del campo di battaglia ed al pronto trasporto dei feriti più gravi nei primi posti di medicazione, dei meno gravi nei primi ospedali delle retrovie.

Si comprese fin dall'inizio che i treni sanitari (in Francia non esistevano che in minimo numero dei treni sanitari modello come quelli della Croce Rossa e dell'Ordine di Malta) non potevano rispondere allo scopo perchè:

1° Ben difficilmente i treni potevano giungere fino in prossimità del campo di battaglia.

2° I treni, per la loro stessa caratteristica di dover servire al trasporto cumulativo di molti feriti, toglievano al servizio la necessaria autonomia, non potendosi far muovere un treno con pochi feriti ed avendosi naturalmente la promiscuità dei colpiti gravemente coi feriti leggeri.

3° Essendo scarsi i treni sanitari *ad hoc*, avevasi dovuto ricorrere a due tipi di treni entrambi di fortuna: alcuni treni da viaggiatori sommariamente trasformati, ed altri treni che nel viaggio d'andata avevano servito al rifornimento e che al ritorno, adattati con giacigli di paglia, servivano, dopo sommaria disinfezione, al trasporto dei feriti.

Occorreva inoltre sempre provvedere a condurre i colpiti raccolti sul campo di battaglia al treno che, specialmente per i treni sanitari propriamente detti, provvisti anche del vagone cucina (l'armata francese ne possedeva 19 offerti dalla città di Parigi e qualche altro donato dal Sindacato della stampa), non arrivavano fino al fronte anche per non intralciare, con un movimento ferroviario sussidiario, il movimento ferroviario di rifornimento bellico ed alimentare.

Si vide così che pur conservando ai treni il compito di evacuare i primi spedali del fronte dai feriti leggeri o da quelli che man mano per virtù delle cure ottenute divenivano suscettibili di lunghi viaggi in ferrovia, il quesito del trasporto dei feriti dal campo non poteva essere risoluto che da automobili ambulanza, nel massimo numero possibile.

Si era fissato dapprima il numero di 24 a 30 per Corpo d'armata; la Commissione consultiva ne propose 60 come minimo, salvo ad aumentarne il numero in proporzione della possibile produzione industriale.

L'automobile aveva il vantaggio di poter raggiungere quasi il campo di battaglia, di essere autonoma nei suoi movimenti, non legando insieme le sorti di feriti delle più diverse entità.

Accresciuto il numero delle automobili ambulanza, diveniva chiaro, più semplificato ed evidente il compito dei treni.

Questi dovevano sfollare le formazioni sanitarie del fronte partendo dalle prime stazioni di evacuazione, riunendo cioè feriti di simile gravità, che avevano già potuto ricevere tutte le necessarie cure ed aventi, se del caso, già subìte le prime operazioni d'urgenza.

Si potè così stabilire dei treni sanitari a partenza fissa che raccolgono i feriti dimessi dai vari ospedali del fronte.

In questi treni i francesi, ammaestrati dalle sofferenze che i feriti dicevano di provare viaggiando sulle barelle poggiate, istituirono dei metodi di sospensione delle barelle stesse, sospensione che evita i danni delle scosse brusche.

Ma allo scopo di non intralciare il servizio ferroviario, di rendere più agevole, spedita e meno complicata l'evacuazione del fronte, mentre si estese e si estende il tragitto che percorrono le automobili, si diminuisce quello dei treni sanitari, che si formano e partono soltanto dalle stazioni regolatrici delle retrovie, e non più dal fronte.

Dopo tentativi di tutti i generi volti a diminuire le sofferenze dei feriti, anche nelle automobili ambulanze si adottò universalmente il metodo di sospendere col sussidio di molle elastiche, anzichè di poggiare le barelle. Anche a questo riguardo furono tentati tutti i tipi. Ha trionfato un tipo semplicissimo di sospensione. I manici delle barelle vengono introdotti in anse di cuoio sospese su barre di ferro parallele all'asse della vettura. Nell'ansa di cuoio è fissata una molla d'acciaio. I feriti compiono il viaggio così in specie di amache in cui le scosse vengono grandemente attutite.

* * *

Da quanto si è svolto in Francia in quest'anno di prova, non molto si ha da apprendere noi che già non sia stato attuato, che non fosse già stato previsto, anche prima dello scoppio della guerra attuale.

Infatti aveva l'Italia dei treni ospedale magnifici e direi quasi lussuosi.

Si può però chiedere se, data l'esperienza fatta dai nostri fratelli di Francia, non convenga anche da noi studiare due modificazioni che potrebbero attuarsi senza intralciare il servizio in corso.

1° Il tipo di barella unica adottato in Francia dà il vantaggio di poter teoricamente far giungere al proprio destino il malato sulla stessa barella in cui è stato raccolto sul campo. Infatti la barella medesima è adattabile all'automobile come al treno, evitando i successivi trasporti del ferito da una barella all'altra.

2° La sospensione elastica delle barelle tanto nei treni che nelle automobili.

Ritengo che la trasformazione dovrebbe essere facile e poco costosa, tanto nei treni che nelle automobili già in servizio. Naturalmente la sospensione elastica o nel tipo indicato, semplicissimo, o in quello più complesso Meg-Lemeistre, o in quello adottato da Perney per mio consiglio, nelle automobili ambulanza che la colonia italiana di Francia per iniziativa di donna Bice Tittoni donò alla Croce Rossa Italiana, dovrebbe essere attuato in tutte le ambulanze automobili di nuova costruzione.

Riassumendo, da quanto si è fatto in Francia per il trasporto dei feriti è utile ricordare quanto segue:

1° Il servizio del trasporto feriti sarà tanto più rapido e tanto meglio eseguito, allo scopo di conservare il maggior numero di esistenze, quanto maggiore è il numero di automobili ambulanze di cui può disporre ogni Corpo d'armata.

2° È utile, anzi è necessario, adottare tanto nei treni sanitari quanto nelle automobili ambulanze, la sospensione elastica delle barelle.

3° È utile addivenire alla creazione di una barella a misura unica per risparmiare ai feriti il successivo trapasso da una barella all'altra.

### SPEDALI E FORMAZIONI CHIRURGICHE DEL FRONTE.

Aboliti in Francia quasi fino dall'inizio della guerra gli ospedali attendati del fronte (*hôpitaux de campagne*), come quelli che non rispondevano allo scopo, furono sostituiti da ambulanze tutte di un modello unico di prima linea come di riserva, di divisione come d'armata, in ossequio al *principio dell'intercambiabilità* delle ambulanze medesime.

Queste ambulanze furono concepite ed equipaggiate in modo da poter assicurare indifferentemente tutte le funzioni di grande come di piccola chirurgia di guerra. Talora come semplice complemento di servizio sanitario di reggimento, talora come veri ospedali che si immobilizzano se completati da una sezione di ospedalizzazione. Alcune di queste ambulanze, funzionanti ad esempio durante i primi due giorni di battaglia, si completano in seguito colla sezione di ospedalizzazione e si immobilizzano coi loro malati se l'esercito avanza; mentre questo viene a sua volta seguito da altre ambulanze simili di riserva che passano in prima linea.

Le ambulanze e gli ospedali attendati vennero aboliti perchè sotto la tenda si è dimostrato praticamente impraticabile ogni intervento chirurgico d'urgenza di alta chirurgia, segnatamente per quanto si riferisce agli interventi addominali. La sterilizzazione, la necessaria temperatura elevata, non si potevano ottenere sotto una tenda. Identicamente il ricovero dei feriti si compiva male sotto le tende.

Si preferì creare delle baracche in legno smontabili e trasportabili con tutto l'armamentario necessario. In queste baracche, convenientemente arredate di apparecchi di sterilizzazione e di tutto un sufficiente istrumentario, si poteva praticare anche delle operazioni chirurgiche di entità. Quanto alla spedalizzazione, in luogo delle tende si preferì usare qualche casa requisita in prossimità della linea di fuoco, o solo in via eccezionale le tende.

È assioma ormai incontrastato che tanto meglio viene curato un ferito, tanto più sereno è l'animo dell'operatore, quanto più lontano dalla battaglia questo si trova. È ovvio perciò che in tutti i casi in cui la vita del ferito non è in pericolo o non viene messa in pericolo dal trasporto, si deve portarlo nelle formazioni sanitarie delle retrovie. È evidente però che queste ambulanze, perchè raccolgano i feriti più gravi, più bisognosi di un urgente trattamento chirurgico, debbano essere in condizioni di impianto tali, da poter adeguatamente rispondere allo scopo.

Questo sistema di organizzazione sanitaria e questo tipo di ambulanza, per l'elasticità della prima, per il sistema costruttivo della seconda, diede in effetto dei buoni risultati, non ottimi però, perchè la sala d'operazione, benchè senza dubbio preferibile alla tenda operatoria, non era ancora perfetta ed i gravi interventi vi erano difficili.

Il capitano medico Marcile, un chirurgo intelligente, studiò un sistema di installazione consigliato dalla Commissione consultiva, che fu adottato in certe *formations franco-russes* e che convenientemente modificato è stato già istituito in Francia parzialmente, mentre si lavora febbrilmente per dotare tutto l'esercito dello stesso tipo di formazione sanitaria.

Il Marcile si serve di tre grossi furgoni. In uno egli ha messo un completo impianto di sterilizzazione con caldaie autoclavi, gruppo elettrogenico, ecc.; in un altro tutta la sala chirurgica in doppia parete di tela impermeabile e legno completamente smontata; nella terza tutti gli accessori chirurgici, gli apparecchi radiografici, ecc. Giungendo a destino, in poco più di una ora è possibile montare tutto ed incominciare ad operare. Nella sala operatoria in cui si trovano tutti gli apparecchi di cui abbiamo tenuto parola, riccamente illuminata a luce elettrica, è possibile praticare qualunque operazione di alta chirurgia, potendosi spingere la temperatura oltre ai 30 gradi, essendo il piancito e le pareti completamente sterilizzabili.

La *Santé Militaire* pur lasciando intatto il tipo Marcile lo completò creando delle *formations chirurgicales* composte di 11 e 12 camions automobili ciascuno.

I primi due servono per il trasporto della sala d'operazione ed apparecchi come nella installazione Marcile e gli altri per la farmacia, la biancheria, i letti per la sezione di spedalizzazione, ecc. Quando l'ospedale è piantato, i camions vuoti, in precedenza muniti di apparecchi di sospensione per le barelle, servono come automobili ambulanza per raccogliere i feriti e trasportarli alla formazione. La sezione di spedalizzazione viene istituita colla requisizione di qualche casa in prossimità del punto in cui viene stabilita la formazione.

I risultati pratici ottenuti con questi tipi di formazione sono stati meravigliosi. Nel volgere di poche ore si può trasferire con facilità da un punto all'altro non un'ambulanza da campo ma un ospedale completo, munito di tutto quanto il più esigente chirurgo può pretendere nel suo completo ospedale fisso.

Il costo complessivo di una queste *formations chirurgicales* (la Francia ne ha già in esercizio una ventina) non supera le lire 200,000.

A questo riguardo noi non possiamo che guardare ad esse con ammirazione, augurando all'Italia di seguire presto — al più presto — l'esempio della Francia.

Parigi, agosto 1915.

---

**INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA**

**Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi, - Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.**

**Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostr Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.**

***Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:***
**Roma - Via del Tritone, 46 - Roma**

# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### Carcinoma, sifilide e tubercolosi riunite in uno stesso paziente.

(E. KELLERT. *Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 21 nov. 1914).

La coincidenza di due fra le tre malattie sopracitate fu talora osservata. Molti casi si trovano nella letteratura di lupus ed epitelioma e di tubercolosi polmonare e carcinoma. Assai più rara, l'associazione fra lues e carcinoma è quasi esclusiva di quei casi in cui un tumore maligno si sviluppi su placche di leucoplasia. Al contrario deve considerarsi eccezionale la presenza di tutti e tre i morbi, con sede primaria differente per ciascuno: all'A. non è riuscito di trovarne altre osservazioni e perciò pubblica estesamente la storia clinica di un caso, confortata anche dal reperto anatomo-patologico.

Per maggiori dettagli rimandiamo all'articolo originale limitandoci qui a riferirne le osservazioni epicritiche.

Si tratta di una paziente che presentava tre distinte malattie: un tumore primario nel faringe con metastasi in un ganglio linfatico cervicale; una tubercolosi polmonare bilaterale estesa; la tabe dorsale.

L'origine dell'infezione luetica è un poco oscura negando il soggetto, donna intelligente, qulsiasi storia venerea: nessun parto prematuro od aborto. Piuttosto la forma del capo, la prominenza della regione frontale, una lieve depressione a sella del naso facevano pensare a una sifilide congenita, non altrimenti dimostrata.

Per quanto siano riferiti pochi casi di carcinoma e tubercolosi è certo che fra le due malattie non esiste antagonismo. Moak trova il carcinoma presente nel 6.6 % dei casi di tubercolosi attiva, Lubarsch nel 4.4 % e Mc Caeskey nell'1.4. Esistono singole osservazioni di tumore maligno insorgente sopra un'ulcera tubercolare, ma assai più comune è l'associazione nell'esofago nella laringe nell'intestino. Così pure è frequente la combinazione di lupus e carcinoma. Alcuni autori hanno sostenuto che il bacillo tubercolare e le sue tossine hanno importanza nell'etiologia del cancro, ma tale relazione non è chiaramente dimostrata. Dixon, Smith e Jose in base a esperimenti sugli animali concludono che bacillo e tossine possono stimolare i tessuti epiteliali. Ora, se è vero che un'iperplasia epiteliale può esser provocata dal bacillo tuber-

colare e dai suoi prodotti, siamo ben lungi dalla dimostrazione che questi possano produrre un neoplasma invadente. Se così fosse dovremmo trovare il cancro assai più frequentemente associato con la tubercolosi, e più comune nell'età giovanile.

La sifilide è malattia frequente e pure la sua combinazione col carcinoma è straordinariamente rara, come risulta dalle statistiche di Williams il quale cita il caso di Turenne che inoculò la sifilide sugli operati da poco sperando con ciò di prevenire una recidiva del tumore. Lang d'altro lato afferma di aver osservato infiltrazioni sifilitiche che si trasformarono in neoplasmi maligni: egli crede che le tossine luetiche possano indebolire l'organismo, il quale è più rapidamente invaso dalla neoformazione cancerigna; e crede ancora che le infiltrazioni sifilitiche cutanee costituiscano un terreno favorevole per i bacilli tubercolari.

L'A. per suo conto dice che in pochi cancerosi ha trovato una storia specifica di lues e una Wassermann positiva (*Huntington Hospital*).

È sempre interessante determinare quale sia la lesione comparsa per prima e la sua influenza sullo sviluppo delle affezioni consecutive: disgraziatamente ciò è assai spesso impossibile. Nel caso riferito l'infezione luetica doveva datare da un'epoca assai anteriore alle altre due; la tisi doveva essere insorta abbastanza recentemente poichè la perdita di peso risaliva solo a pochi mesi indietro; i sintomi laringei si svilupparono circa tre mesi prima della morte sicchè il tumore fu probabilmente l'ultima delle tre malattie.

Questo e gli altri casi analoghi riportano in campo la questione della frequenza di due o più malattie in pieno sviluppo sullo stesso paziente.

L'A. è propenso a credere il fatto meno raro di quanto comunemente si sospetta. Così tifo e tubercolosi riunite non costituiscono una osservazione infrequente: Osler trovò all'autopsia lesioni tubercolari nel 5 % dei casi di tifo. È comune l'associazione fra almeno due delle seguenti malattie: febbre gialla, dengue, malaria, amebiasi. Poco tempo fa all'Huntington Hospital di Boston l'autopsia di un caso di leucemia mielogena rivelava la presenza anche di tubercolosi peritoneale con ascite. Non deve dunque esser trascurata l'eventualità della associazione di due malattie e non ci si deve sforzare di ricondurre sempre ad un'unica diagnosi tutti i sintomi riscontrati su di un paziente.

SEBASTIANI.

## L'istogenesi del cancro dello stomaco.

(W. CARPENTER MAC CARTY,
*The Am. J. of the med. Sciences*, apr. 1915).

È opinione comune che il carcinoma gastrico insorge sopra residui epiteliali postnatali, che si suppone esser presenti o nella base del tessuto di cicatrice, o nella submucosa dell'ulcera gastrica. Poichè questa veduta è affatto teoretica, l'A. si crede in diritto di presentare brevemente alcuni fatti relativi all'istogenesi del carcinoma gastrico e alle sue relazioni con l'ulcera gastrica.

Le ulceri croniche semplici dello stomaco non hanno mai presentato, nell'esperienza dell'A., alcun residuo epiteliale visibile, che potesse scientificamente esser definito anteriore alla nascita. E neppure egli ha visto dei residui epiteliali postnatali nella mucosa, submucosa o base dell'ulcera che fossero composti di epitelio atrofico o di tessuto carcinomatoso vero e proprio; quest'ultimo essendo presente alla base o nella sottomucosa solo quando v'era una estesa invasione della mucosa.

Nell'ulcera cronica semplice si trovano frequentemente le ghiandole composte di cellule a colonna o cuboidali, regolarmente disposte, con nuclei rotondi od ovali, quasi sempre delle stesse dimensioni e situati vicino alle basi delle cellule. Queste sono nettamente distinte dallo stroma, che consta di fibroblasti, di fibroblasti differenziati, e di alcuni linfociti: il tutto forma un quadro istologico che assai difficilmente si distingue dalla mucosa gastrica normale. Da questo aspetto a quello del carcinoma esistono vari quadri intermediari i cui estremi sono nettamente differenti.

Le cellule epiteliali delle ghiandole in alcune ulceri perdono la loro forma cuboidale o colonnare e la regolarità di dimensioni e disposizione: divengono ovali o rotonde e i nucleoli si fanno più ampi e distinti. L'origine esatta di queste cellule è attualmente sconosciuta poichè nella ghiandola gastrica non vi sono due tipi di cellule normalmente presenti, come nella mammella, nella prostata, nella pelle, negli organi cutanei accessori. Uno strato germinativo di cellule o un focolaio germinativo non è stato ancora soddisfacentemente dimostrato.

Le cellule che si trovano frequentemente, del resto, presentano un quadro morfologico non differenziabile da quello che si vede nell'iperplasia epiteliale secondaria in altri organi, che hanno uno stato germinativo, il quale è l'origine delle cellule cancerigne. Varî gradi di modificazioni morfologiche intraglandolari sono trovati

sui bordi, fino a che le cellule divengono affatto simili a quelle neoplastiche. Quando si ritrovi un tale stato di cose, delle ricerche accurate frequentemente dimostrano una zona di demarcazione fra la glandola e lo stroma e in queste possono osservarsi delle cellule epiteliali: quest'ultimo aspetto è dalla maggior parte dei patologi accettato come criterio istologico del cancro. Quando questo è definitivamente presente nella mucosa o negli altri strati dello stomaco, le cellule intraglandolari presentano sempre quell'aspetto che è stato descritto come iperplasia secondaria in altri organi.

Da un punto di vista etiologico l'A. non vede obiezioni per definire tale stato come iperplasia secondaria nello stomaco. E' evidente che l'istogenesi del cancro nello stomaco presenta analogia con quello della mammella, della prostata, della pelle, con l'unica eccezione che lo strato o focolaio germinativo non è stato ancora dimostrato, condizione che differisce dall'iperplasia epiteliale primaria negli organi ora menzionati.

Nella produzione di questi stadi apparenti di iperplasia epiteliale, qualunque sia la causa irritante, estrinseca o intrinseca, v'è un apparente tentativo da parte delle forze naturali a riprodurre l'aspetto epiteliale delle glandole. Questo tentativo non riesce a differenziare completamente le cellule dal quadro coincidente dell'iperplasia secondaria, le cui cellule differiscono da quelle del cancro solo per la posizione.

Da questi fatti appare evidente che la cellula cancerosa gastrica trae origine da cellule iperplastiche intraglandolari della mucosa e rappresenta uno stadio terminale maligno di un processo di iperplasia delle cellule normali.

A. SEBASTIANI.

## MEDICINA.

### Il fremito arterioso, nuovo fenomeno clinico, segno di sofferenza aortica.

(CATTANI. *La Clinica medica italiana*, 1915, aprile).

L'A. descrisse, nel 1904, sotto la denominazione di *fremito arterioso* o *polso vibrante* un fenomeno di cui le successive osservazioni gli avrebbero dimostrata l'importanza quale segno di sofferenza aortica. Consiste questo fenomeno in una superficiale vibrazione delle grosse arterie, proporzionale al loro lume, palpabile sotto la forma di uno speciale titillamento accompagnante il polso. Meglio che altrove esso si rileva sull'arteria omerale, nel punto in cui questa si fa superficiale (parte inferiore del braccio); ma è anche ben percettibile sulla radiale e sull'ulnare, e nelle arterie dell'arto inferiore. Per distinguere il fremito arterioso l'A. dice che bisogna tenere il malato seduto, con l'arto completamente rilasciato e l'avambraccio piegato ad angolo ottuso sul braccio. In questa posizione, con la mano destra si palpa il braccio e l'avambraccio, cercando di stabilire anzitutto il punto in cui la pulsazione dell'arteria è più intensa. Trovato questo punto, si applica meglio la mano, accerchiando l'arto, stringendo e molleggiando, finchè si riesca ad apprezzare meglio i dettagli della pulsazione. È sempre bene di stringere il braccio o l'avambraccio in modo da tenerne i polpastrelli delle dita a ridosso e al di là dell'arteria. Si abbia anche la precauzione di stringere la parte accerchiata dal lato più basso palpato, per assicurarsi di evitare la compressione superiore dei vasi arteriosi. Così operando, se il fremito esiste, si sente sulla superficie della mano a contatto con l'arteria pulsante un titillio più o meno intenso, diffondentesi a tutto il tratto pulsante dell'arteria. È un vellicamento vibrante che si trova associato all'urto della pulsazione. In genere, più vigorosa è l'azione cardiaca, e meglio risalta il fremito arterioso. Il fenomeno avrebbe origine centrale, in corrispondenza dell'orificio aortico; il fremito rappresenterebbe la trasmissione della vibrazione formantesi nel detto orificio.

La causa fisiopatologica di produzione del fremito sarebbe rappresentata dalle alterazioni dell'aorta. L'anatomia patologica avrebbe dimostrato costantemente lesioni a carico dell'aorta, e in modo caratteristico dell'orificio aortico, con o meno interessamento delle valvole semilunari. D'ordinario trattavasi di processi degenerativi ateromatici e vere forme infiammatorie, queste specialmente a carico delle valvole semilunari, quelli a carico dell'orificio, ed estendentisi sia verso l'arco aortico, sia verso il piano di inserzione delle valvole. Oltre questa forma prevalente, che può chiamarsi caratteristica, altre lesioni si sono trovate, tutte però in sede aortica; e precisamente una singolare ristrettezza del lume aortico per tutta la lunghezza dell'aorta stessa, dall'origine fino alla suddivisione nelle due iliache primitive. Oltre la piccolezza del lume vasale, si notò altresì sottigliezza delle pareti arteriose, specialmente della tunica muscolare.

La alterazione anatomica non è però assolutamente necessaria alla produzione del fremito arterioso, potendo questo dipendere anche da un disturbo funzionale. Esso esisterebbe infatti in alcune forme morbose del sistema nervoso, con varianti di intensità e di durata, alle volte costante. L'A. l'osservò sempre nei casi di epi-

lessia genuina; mancava invece nella epilessia sintomatica, sicchè l'A. dice di poterlo ritenere sintomo differenziale fra le due forme. Non rinvenne però il fremito arterioso negli epilettici al disotto dei 10 anni; e ciò egli spiega con due ragioni: o la scossa dell'attacco epilettico nei fanciulli non muta e non modifica intensamente e funzionalmente il cervello, oppure per l'effetto della vigoria trofica l'aorta non subisce alterazioni tali da costituire le condizioni necessarie alla produzione del fremito. Negli stati di isterismo con sofferenze accentuate l'A. riscontrò il fenomeno frequentemente e con variabile intensità. In sei casi di gozzo esoftalmico esaminati dall'A. il fremito arterioso esisteva sempre. Costantemente egli lo rinvenne anche nei casi di splancnoptosi; e, in genere, proporzionale al grado delle sofferenze e alla gravità della ptosi; più intenso nei casi di concomitante dispepsia, astenia, dimagramento. Tuttavia, nelle forme nervose, mentre deve ammettersi che il fremito sia in origine solamente funzionale, deve riconoscersi che più tardi si va stabilendo, grado a grado, una alterazione anatomica dell'aorta. Analogamente, quando il fremito arterioso compare nelle forme di depauperamento organico — come ad es. nelle malattie acute a lungo decorso — esso indicherà presumibilmente la partecipazione dell'aorta allo stato distrofico generale.

L'A. afferma l'importanza clinica del fremito arterioso, giacchè esso non solo segnala la esistenza di uno stato morboso dell'aorta, ma anche — essendosi constatato che alle maggiori alterazioni corrisponde una maggiore intensità del sintoma — di rendersi conto della gravità delle lesioni e della loro tendenza a progredire o a regredire.

Nell'ordine funzionale, il fremito arterioso — esponente semejologico della sofferenza aortica — compendierebbe clinicamente gli effetti dei perturbamenti clinici in genere, riaffermando e confermando le strette relazioni fra neuropatia e cardiopatia, tra funzioni cerebrali e funzioni circolatorie, e reclamando i provvedimenti igienici e terapeutici necessarî per regolare le influenze della vita morale individuale rispetto alla salute fisica.

V. FORLÌ.

---

Il fascicolo di ottobre della nostra Sezione medica contiene i seguenti lavori:

1. Prof.ri R. ALESSANDRI e G. MINGAZZINI. *Sindrome acuta di Raynaud associata a paralisi delle estremità.*
2. Dott. A. MÀRTIRI. *La malattia di Kahler-Bozzolo.*



# NOTE DI TECNICA.

## La tecnica di preparazione dei vaccini misti tifo-paratifici, secondo il metodo Castellani.

È noto come molte delle « forme infettive intestinali » siano dovute non al bacillo di Eberth, ma ai paratifici A, B e C (Carducci); e la frequenza delle infezioni da paratifi è tale che la vaccinazione antitifica semplice non riesce a ridurre in misura soddisfacente la morbilità per dette forme.

Un esempio dell'insufficenza della semplice vaccinazione antitifica si è avuto in Francia durante i primi mesi di guerra, dove l'esercito inglese, vaccinato solo contro il tifo, ha pagato un largo tributo alle forme infettive intestinali da paratifi.

Pertanto il Castellani ha da tempo richiamato l'attenzione su l'opportunità di conferire un'immunità non limitata al solo bacillo del tifo, ma estesa ai paratifi; a tale scopo egli dal 1905 prepara dei *vaccini misti,* che furono usati con ottimi risultati al Ceylon, nel Sudan, nel Giappone. La preparazione di questi vaccini si basa su le ricerche del Castellani, presso il Kruse di Bonn (1901-902): egli riuscì allora a dimostrare che un animale trattato contemporaneamente con vaccini di due diversi batteri, produceva agglutinine e altri anticorpi per ambedue i germi e — purchè di ogni vaccino fosse stata inoculata una quantità minima sufficente — il *quantum* di agglutinine, di anticorpi in genere, elaborati per ogni germe, era presso a poco la stessa di quella che si aveva in animali trattati con un germe solo.

Inoltre, trattando un coniglio con tre specie — bacillo tifico, bacillo pseudo-dissenterico di Kruse e bacterium coli — la quantità di agglutinine e di altri anticorpi elaborati per ogni germe non era molto inferiore a quella che si otteneva negli animali di controllo, trattati con una sola di dette specie. Nell'uomo ha poi potuto usare con esito soddisfacente vaccini per quattro specie batteriche, quale il *vaccino misto* tifo + paratifo A + paratifo B + colera (oppure febbre maltese).

È quindi utile diffondere anche fra noi l'uso di questi vaccini e però il Porcelli Titone (*La Riforma med.*, 1915, n. 15) ne espone la tecnica di preparazione. È necessario scegliere ceppi di germi che si siano dimostrati molto attivi come generatori di antigeni e questa capacità può essere misurata dalla capacità di fornire agglutinine o — in modo più grossolano — dalla facilità con cui i germi si agglutinano in contatto

con siero specifico. Le colture debbono avere 24 ore d'età. Si usino colture in agar o in brodo; preferibili le prime perchè la soluzione fisiologica, in cui i germi sviluppatisi su la patina vanno sospesi, provoca una minore reazione locale che non il brodo.

La preparazione dei *vaccini misti* s'inizia con quella dei relativi vaccini semplici, i quali vanno mescolati in secondo tempo; il metodo è diverso a seconda che il materiale vaccinico viene fornito da colture in agar o in brodo.

*a*) Le patine batteriche su agar vengono sospese in soluzione fisiologica sterile alla quale, prima dell'uso, s'è aggiunto 0.5 % di fenolo puro. Si versano in un tubo contenente la coltura in agar 4-5 cmc. della detta soluzione salino-carbolica e, mediante l'ansa di platino, si staccano i germi dall'agar e se ne fa una sospensione uniforme. Il liquido di lavaggio della prima coltura va successivaemtne adoperato per il lavaggio di altre tre colture, a rendere elevata la concentrazione dei germi in esso. Eseguito il lavaggio di tutte le colture, se ne raccoglie il liquido, misurandolo esattamente, in un pallone sterile e, dopo 12-24 ore, si procede alla conta dei germi contenuti in un cmc. della sospensione, mediante il contaglobluli di Thoma-Zeiss, procedendo come si usa per i corpuscoli rossi. Si avverte che occorre lasciare in riposo il preparato per circa un'ora, allo scopo di lasciar depositare i germi al fondo della camera di Thoma-Zeiss. Inoltre il numero dei batteri va riferito a un cmc. della sospensione e perciò la cifra, ottenuta mediante il calcolo, che serve per le emazie, la quale è relativa a un mmc., va moltiplicata per mille.

Conosciuta la concentrazione dei germi nella sospensione batterica, questa va diluita con la soluzione salino-carbolica, in guisa da ottenere una concentrazione pari a mille milioni di germi per cmc. Ogni vaccino semplice, dopo la necessaria diluizione, va tenuto per 24 ore a 20°-25° e poi se ne prova la sterilità facendone degli innesti in agar o in brodo.

Constatata la perfetta sterilità, i vaccini si mescolano così: tifo 2 parti + paratifo A 1 parte + paratifo B 1 parte, onde in ogni cmc. del *vaccino misto* saranno contenuti: tifo 500, paratifo A 250, paratifo B 250 milioni. La miscela dopo essere stata agitata, viene ripartita in fialette da un cmc., che vanno conservate in un ambiente fresco e oscuro.

*b*) Allestite le brodocolture di tifo e dei paratifi, seminando due ansate, da un'agar-coltura, per tubo, dopo 24 ore di sviluppo a 37°, si immergono le colture a bagnomaria a 53° per una ora. Quando si sono raffreddate vi s'aggiunge il 0.25 % di lisolo; poi si titola ciascun vaccino in modo che un cmc. contenga mille milioni di germi. La diluizione va fatta con brodo sterile, contenente 0.25 % di lisolo. Fatta la prova della sterilità si procede alla miscela nelle stesse proporzioni già dette.

Per il trattamento immunizzante si praticano 2-3 iniezioni sottocutanee al braccio, a intervalli di una settimana; s'inocula la prima volta da 0.5 a 0.6 cmc. di vaccino, la seconda e la terza da cmc. 1 a 1.2 È bene non usare vaccino vecchio di oltre tre mesi.

Il vaccino misto dà una reazione locale e generale che non è più forte di quella provocata dal vaccino tifico semplice e nel sangue degli individui trattati appaiono sostanze protettive per il tifo, per il paratifo A e B.

G. BILANCIONI.

---

# MEDICINA SOCIALE.

## Le lesioni artificiali negli infortuni sul lavoro.

La legislazione degli infortuni sul lavoro ha dato origine a lesioni prima sconosciute ed ha rivelato, nel decorso di alcuni traumi, complicazioni che la patologia non aveva mai registrato. La cupidigia di alcuni operai, i quali, qualche volta, purtroppo, hanno avuto la collaborazione di medici, ha, con i mezzi più ingegnosi e sagaci, provocato queste nuove forme morbose, che non tardarono ad essere studiate, con eguale sagacia, dagli infortunisti.

Fra questi, recentemente il Sorge, in un pregevole lavoro pubblicato nel n. 10 del *Bollettino della Cassa Nazionale Infortuni,* ha reso noto il risultato delle osservazioni da lui fatte in uno dei centri più infestati da un simile genere di speculazione.

Poichè riteniamo essere di somma importanza per il medico pratico, chiamato il più delle volte a fare i primi accertamenti sugli infortunati, conoscere il quadro clinico delle lesioni artificiali, ed il modo di scoprirle, riassumeremo il lavoro del prof. Sorge che, nei punti trattati, può dirsi esauriente.

*Edema molle da stasi.* — Uno dei primi artifizi a cui ricorsero gli operai è l'edema da stasi, ottenuto in un arto con una legatura circolare applicata centralmente, in modo che, pur non impedendo la circolazione arteriosa, abolisca, o per lo meno ostacoli la circolazione venosa.

Dal lato della sintomatologia, a parte il carattere « molle » dello edema, che permette al dito di scavarvi, con la pressione, una fovea, bisogna tener conto di altri due sintomi obiettivi im-

portanti: la massività della infiltrazione ed il limite netto di essa al punto dove era stata applicata la legatura.

Il carattere massivo può essere eluso bilanciando la stasi con una pressione periferica: si sono ottenuti così edemi localizzati in un dato segmento di un arto. In qualche caso, ad esempio, l'edema della mano è stato evitato con l'uso d'uno stretto guanto, affinchè l'infiltrazione, nel segmento distale, non oltrepassasse il polso.

Il solco netto all'estremità superiore dell'edema è stato evitato col sostituire ad una legaccia una compressione elastica, ovattata, applicata sopra un largo segmento dell'arto. Ma se si evitano così i bruschi caratteri del solco, alcuni caratteri rimarrano costanti: il rapido e netto passaggio dai tessuti edematosi a quelli asciutti, e, se la fasciatura sarà stata applicata per lungo tempo, l'ipotrofia del segmento sottoposto a compressione.

L'*edema duro* o cellulo-dermite auto-contusiva, è costituita da una tumefazione di consistenza dura che può a prima vista confondersi, poichè è provocata al disopra di parti ossee, con una periostite traumatica, o con una frattura (del metacarpo, ad esempio). Il sospetto di frattura può essere facilmente eliminato con l'esame radiografico: per dissipare il dubbio d'una periostite basta l'osservazione che all'indurimento partecipano anche i comuni tegumenti, che si presentano infiltrati, non si possono sollevare in pliche e non scorrono sui tessuti sottostanti.

Originariamente la cellulo-dermite auto-contusiva è stata prodotta sul dorso della mano, sia perchè alla sua produzione occorre un piano di resistenza scheletrico superficiale, sia perchè alle lesioni della mano viene corrisposta un'alta percentuale d'indennizzo. Più tardi furono scelti il dorso del piede, il dorso del primo metacarpo e del pollice, la regione pretibiale, le regioni malleolari e persino le regioni del grande trocantere e della scapola. Il martellamento viene praticato sui tessuti protetti da strati soffici, e deve essere non intenso, ma dolce, prolungato e ripetuto, e provocato da strumenti rotondi e levigati, onde impedire facili segni rivelatori della frode, come le rotture vasali. Abbiamo tre fasi della lesione: in un primo periodo, acuto, si ha tumefazione, calore, arrossamento, consistenza duro-elastica, ecchimosi specie nei punti più declivi: si ha quasi l'aspetto di un flemmone.

Il periodo subacuto è caratterizzato dalla consistenza dura della tumefazione, non impressionabile colla pressione digitale. Supponendo che la lesione non venga modificata da successive manovre si ha il periodo cronico, caratterizzato da una diminuzione della tumefazione, da scomparsa di ipercromie e dalla mancanza di scorrevolezza della pelle.

Occorrono dei mesi perchè scompaia ogni traccia di cellulo-dermite prodotta con una o più sedute di battitura.

Non è esclusa la possibilità che insistendo con le battiture si finisca per provocare la stessa lesione infiammatoria in tessuti più profondi, come guaine tendinee, periostio, ecc.

È importante la diagnosi differenziale fra edema duro e molle ed edema angionevrosico (edema bianco di Sydenham ed edema azzurro di Charcot). L'esperienza ci insegna che, a parte la variabilità per sede e per tempo rispetto alle 24 ore, ed il terreno isterico, rilevabile con i soliti sintomi, nell'edema bianco non si riscontra mai la tumefazione massiva, nè la mollezza dell'edema da stasi che permette l'escavazione di fovee marcatissime con la pressione del dito.

Il colorito bluastro, la mancanza di fovea e la ipertermia locale sono note sufficienti per distinguere l'edema azzurro da quello da stasi mentre il colorito bluastro e la mancanza d'un vero impastamento lo distingueranno da quello duro.

Per sventare questi trucchi, quando sono sospettati al primo insorgere, è sufficiente apporre un bendaggio inamovibile sul segmento d'arto auto-contuso. Bisogna però tenere presente che non è sufficiente apporre una fascia inamidata, perchè il martellamento può farsi anche attraverso di essa: occorre l'ingessatura. Allo scopo però di cogliere in fragrante frode l'operaio, io mi sono trovato bene usando un metodo suggerito dal Bernacchi, ponendo cioè, fra l'ovatta di una comune fasciatura, dei pezzetti di vetro, senza che l'infortunato se ne accorga. Se egli farà uso del martellamento, il vetrino (serve bene a questo scopo un copri-oggetto da microscopio) si troverà frantumato in minutissimi pezzi.

*Lesioni artificiali delle dita.* — Possono essere provocate o sui tessuti integri, o su soluzioni di continuo e tessuti che furono già in preda ad un qualche processo patologico, in seguito ad un autentico infortunio, onde prolungare l'inabilità temporanea, o creare delle invalidità permanenti.

Le dita che più fortemente sono oggetto di manovre fraudolente sono il pollice e l'indice, poichè è noto all'operaio il maggior indennizzo che la legge assegna per alterazioni di queste dita, in confronto delle altre.

Base immancabile di ogni artifizio impiegato per creare queste inabilità è la immobilizzazione in estensione, fatta a mezzo di stecche. Si ottiene così, in seguito a raggrinzamento *ex non*

*usu* del legamento dorsale articolare, ed in seguito a retrazione funzionale del tendine estensore, una limitazione flessoria che è caratterizzata dai seguenti fatti: iperestensione delle falangi, comprese quelle che non sono state sede di alcun trauma; mancanza di lesioni prime che spieghino la patogenesi della rigidità articolare; sensazione di resistenza elastica alla flessione passiva del dito.

Alla immobilizzazione si associano altri artifizi, come la costrizione d'una articolazione fra due legature; si ha così un classico dito a botte, per edema da stasi che simula una lesione articolare. Basta premere i tessuti molli col polpastrello di un dito, per rilevare che la tumefazione appartiene ai tessuti molli, non ai capi ossei, ed è di carattere edematoso.

Spesso è prodotto, col solito artifizio, l'edema duro che induce una notevole limitazione della funzione articolare e che è sempre diagnosticabile in grazia alle note caratteristiche della cellulo-dermite. In altri casi è provocata, invece che un edema, l'atrofia del dito, insieme con la immobilizzazione in estensione: ci potrà far scoprire il trucco il constatare che vi è un limite netto tra il segmento atrofico ed il resto del dito, che esistono caratteri di tumefazione e di induramento del polpastrello, tenuto libero al di là di una zona compressa, mentre, causa l'immobilizzazione in estensione di tutto il dito, è rigida anche l'articolazione ungueale.

Le soluzioni di continuo delle dita vengono provocate con lo stropiccìo o di una pietra di carbon fossile o di carta vetrata (scatole di cerini), o asportando la cute con le forbici o con un rasoio, per lo più in senso trasversale sul dorso dell'articolazione media di un dito. Non sarà difficile ad un medico sagace scoprire la simulazione, mettendo in rilievo qualche anomalia nella localizzazione della lesione; un carattere degno di nota da rilevare è la mancanza di fenomeni di contusione, concomitanti alle soluzioni di continuo.

Gli operai ricorrono anche ad artifizi per prolungare la guarigione di piccole ferite, artifizi che è impossibile conoscere tutti, perchè le risorse di certe menti sono inesauribili: viene adoperato il lardo col sale, la nicotina della pipa, ed altre sostanze o settiche o irritanti.

Una assidua vigilanza di questi infortunati, l'apposizione di bendaggi inamovibili, o l'uso di qualche controllo che indichi la rimozione della fasciatura, possono servire a sventare il trucco.

Le scottature vengono provocate con acidi od alcali, o su cute integra, o su piccole soluzioni di continuo, più frequentemente con la lisciva, che è la sostanza meno dolorosa.

Un artificio che desta quasi raccapriccio, è quello adoperato per procurarsi la lussazione delle dita, mediante una prolungata e forzata iperestensione. Il trucco può scoprirsi per i seguenti caratteri: mancanza di nesso di causa ad effetto tra il meccanismo denunziato come origine dell'infortunio e la lesione; ipotrofia del dito nel tratto ove fu applicata la fasciatura per la trazione; spostamento in alto, nel pollice, dei sesamoidi (Cacciopoli).

Alcuni usano procurarsi lesioni mediante iniezioni: io ho osservato per varî mesi un operaio che mediante iniezioni di chinino simulava una linfoangioite, con formazione di ascessi, a rosario, lungo il decorso dei linfatici del braccio: certamente al trucco non era estraneo qualche medico. In questi casi, sospettata, dall'anomalità del decorso, la frode, non è difficile, ad un attento esame, e con lenti d'ingrandimento, scorgere il forellino dell'ago da iniezione.

SALVATORE DIEZ.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## Sifilide maligna, ribelle al mercurio, guarita col Neo-Salvarsan.

per il dott. ALFREDO GRECO.

L'osservazione clinica, che riporto, pur non rara nella pratica sifilografica, merita di essere presa in considerazione per la sua indiscutibile importanza nei riguardi della terapia moderna delle lesioni sifilitiche.

R... E... di C..., di anni 23, chauffeur meccanico. Nessun precedente personale e familiare degno di nota; madre morta per cardiopatia, padre vivente e sano; fratelli e sorelle in ottima salute.

Nell'agosto 1913, mentre era soldato, si contagiò contemporaneamente di blenorragia e di sifilide. Dopo un mese dalla comparsa dell'ulcera, gli furono praticate 15 iniezioni di mercurio, in giorni alterni e gli fu prescritta la cura iodica per via interna, che egli fece fino a dicembre, ripigliandola in primavera per un mese. In maggio praticò 5 iniezioni di calomelano, ogni 5 giorni, nel luglio, però, nonostante la cura fatta, notò su tutto il corpo il manifestarsi di eruzioni pustolo-ulcerose che furono curate con pomata a base di un sale di mercurio e con l'uso interno di iodone Robin (per 3 settimane).

In settembre praticò 8 iniezioni di mercurio (verosimilmente calomelano), ogni sei giorni; ma, malgrado tale cura mercuriale abbastanza enrgica, e mentre le manifestazioni cutanee accennavano a regredire in alcuni punti, l'amma-

lato si accorse di un *noduletto, con punta bianca*, alla pinna sinistra del naso, che si aprì ben presto, dando esito a un contenuto biancastro; guarì dopo quasi un mese con pomata di mercurio; ma, prima ancora della completa scomparsa, la identica lesione apparve a destra (verso la fine di settembre), aumentando in estensione sempre più, inutilmente curata anch'essa con la stessa pomata.

Sfiduciato per la inefficacia della cura mercuriale e preoccupato per la continua progressione della lesione al naso, venne a consultarmi, chiedendomi un rimedio capace di guarirlo.

*Esame clinico.* — Individuo di sana costituzione organica, con sistema scheletrico normale, colorito cutaneo piuttosto pallido, masse muscolari un po' flaccide, connettivo sottocutaneo scarso, nutrizione generale alquanto deficiente. Poliadenopatia specifica inguinale, latero-cervicale ed epitrocleare. Su molte parti del corpo e anche sulla faccia notasi una eruzione postulo-ulcerosa, con ulcerazioni suppuranti, abbastanza profonde (forma ectimatosa), alcune rivestite di croste più o meno spesse, altre in fase di avanzata guarigione e altre già cicatrizzate (fotografia n. 1). Sul naso si osserva distruzione quasi completa della pinna destra per estesa ulcerazione, interessante in parte anche il lobulo e il setto cartilagineo, con fondo anfrattuoso, grigiastro, bordi tagliati a picco, in parte coperta di spesse croste nerastre; tutt'intorno vi è una zona di infiltrazione, con cute arrossata e rilevata. Niente di anormale a carico di altri organi e apparecchi organici; assenza di costituenti patologici nell'urina.

Fig. 1.

Data la malignità della lesione nasale, la mancata efficacia della terapia mercuriale praticata e l'assenza di controindicazioni organiche, decido di attuare la cura con il neo-salvarsan, senza sospendere del tutto l'uso dei sali di mercurio.

15 dicembre: iniezione di 0.10 di calomelano. — 17 id.: iniezione endomuscolare di 0.45 di neo-salvarsan. Temperatura massima alla sera 37°.7, dolore locale poco rilevante. — 18 id.: temperatura massima 37°.3. — 19-23 id.: la lesione nasale volge a guarigione, l'ulcerazione si restringe, il fondo si deterge, coprendosi di buone granulazioni. — 24 id.: iniezione di 0.10 di calomelano. — 26 id.: iniezione endomuscolare di 0.45 di neo-salvarsan. Nessuna reazione, nè locale nè generale. — 27-29 id.: l'ammalato assicura di sentirsi molto meglio, l'astenia precedentemente accusata, è scomparsa; l'appetito è aumentato e con essa le forze. — 30 id.: iniezione di 0.10 di calomelano. L'ulcerazione nasale è in buona parte cicatrizzata (tranne al lobulo) e le forme ectimatose sul corpo sono anche esse del tutto guarite. — 4 gennaio: iniezione di 0.10 di calomelano. — 6 id.: la lesione al naso è completamente guarita, la notevole perdita di sostanza è stata bene riparata, sicchè anche dal lato della cosmesi il risultato è stato molto soddisfacente (come risulta dalla fotografia n. 2); l'ammalato è oltre ogni dire contento, e non manca di esprimermi la sua riconoscenza.

Fig. 2.

Ho creduto opportuno pubblicare questa osservazione clinica, non perchè possa portare nuova luce nello studio di un capitolo così importante di terapia; ma perchè richiami l'attenzione di ogni medico sull'uso di un rimedio, che, opportunamente somministrato, può, in molti casi, operare veri miracoli.

E tralasciando tutto ciò che del neo-salvarsan è stato detto e scritto da altri, con ben maggiore competenza, mi limito a trarre dai risultati, nel caso in esame ottenuti, quelle conclusioni di indole pratica, che più interessano il sanitario.

1° La cura mercuriale, anche intensa e per lungo tempo praticata, non poche volte risulta del tutto inefficace.

2° In tali casi la terapia moderna trova valido ausilio nel neo-salvarsan (preparato 914, ottenuto dal salvarsan per sostituzione di uno dei gruppi NH2 con un gruppo metilene-sulfossilato di sodio).

3° In assenza di ben determinate controindicazioni organiche, le iniezioni intramuscolari (da preferirsi sempre) debbono essere praticate con tutta fiducia, senza timore di apportar danni all'infermo.

4° Le difficoltà inerenti alla preparazione della soluzione possono del tutto evitarsi, servendosi delle apposite scatole, messe in commercio dalla ditta Zambeletti di Milano. In esse è contenuto tutto quanto necessita per la estemporanea preparazione della soluzione sterile, e cioè: una fiala origine di neo-salvarsan (da centigrammi 45 a 90), una fialetta contenente 5 cmc. di solvente speciale e una boccettina con tappo a smeriglio, in cui si effettua la soluzione al momento d'uso.

5° Volendolo, il medico può evitare anche le piccole noie di detta preparazione, ricorrendo, con pari fiducia e con non minore efficacia, alla soluzione di neo-salvarsan, per via intramuscolare, stabile, conservabile e pronta per l'uso, che la stessa Casa Zambeletti ha messo in commercio, da non molto tempo. Si tratta di fialette di 1 cmc., contenenti dosi diffeernti del medicamento (da 0.15 a 0.90). La tecnica dell'iniezione, le norme da seguirsi non differiscono per nulla da quelle di una abituale iniezione intramuscolare e i risultati che se ne ottengono non sono inferiori a quelli ottenuti con le iniezioni endovenose (di applicazione più difficile, e quindi dominio quasi esclusivo dello specialista).

6° Lo scetticismo e la paura per l'uso di un rimedio, che la pratica quotidiana dimostra sempre più prezioso, debbono cedere il posto alla considerazione che si può guarire in tempo un infermo che soffre, con gran vantaggio della sua salute e della propria soddisfazione professionale.

Bengasi, febbraio 1915.

---

Il fascicolo di ottobre della nostra sezione chirurgica contiene i seguenti lavori:

1. Dott. Prof. O. CIGNOZZI: *Due casi di ferite di arma da fuoco a pallini della spalla.*
2. Dott. L. MANARA: *Cancro dell'utero guarito col solfato di rame.*
3. Dott. L. C. ZAPELLONI: *La prova di Bordet e Gengou nella infezione echinococcica dell'uomo.*
4. Dott. G. MORONE: *Sui cosidetti tumori misti del palato.*

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Conversazioni castrensi promosse dal Gruppo di propaganda medico nella guerra.

(Milano - Seduta del 23 settembre).

MEDEA E. (Milano). *Lesioni di origine traumatica.* — Presenta alcuni pazienti (degenti nel comparto nevrologico militare da lui diretto al Padiglione Biffi dell'Ospedale Maggiore).

*a*) Lesione da arma da fuoco (fucile): ingresso del proiettile al di sotto dell'apofisi mastoidea sinistra, uscita in rapporto alla regione zigomatica destra: nessuna lesione dei tronchi nervosi; soltanto contrattura della nuca gradatamente diminuita e quasi scomparsa poi; inoltre *serramento delle mascelle* senza contrattura da parte del massetere e del crotafite. Alla radiografia lesioni (con frattura della regione dell'antro d'Higmoro di destra, negativo l'esame delle articolazioni temporo-mascellari). Questo serramento che l'O. sa essersi verificato in altri due casi di lesione del mascellare superiore non può essere ritenuto che di origine funzionale benchè nel soggetto mancasse qualsiasi altra nota a tipo istero-traumatico.

*b*) Lesione grave del facciale di destra da arma da fuoco (fucile): il proiettile dopo di avere gravemente leso il facciale (a tipo periferico con R D completa) nelle vicinanze del condotto uditivo, è andato a collocarsi nella linea mediana tra l'apofisi spinosa della terza vertebra cervicale e quella della seconda, dove si può palpare.

Interessante è il fatto, che oltre la paralisi organica del facciale esiste qui grave ipoalgesia della faccia e del cuoio capelluto ed amaurosi (certamente funzionali) a destra, cioè dallo stesso lato della lesione organica. Le associazioni istero organiche sono piuttosto frequenti nei pazienti che hanno riportato traumatismi in guerra.

*c*) Lesione da pallottola di shrapnell alla regione occipitale destra. Riscontrasi emianopsia bilaterale omonima sinistra con notevole riduzione del campo visivo e reperto oftalmoscopico normale.

A sinistra lieve emiparesi spastica di origine cerebrale: e — fatto curioso come associazione morbosa — neurite del cubitale di sinistra sensitivo motoria di origine reumatica.

Alla discussione prendono parte i soci Clerici A., Beduschi, Fornario, Devoto e Valtorta.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### I sintomi oculari nella nefrite.

Questi segni sono importantissimi e meritano di essere tenuti presenti dal medico generico e dallo specialista. Il Widal ne ha fatto oggetto di una lezione (*Gazz. d. Osp.*, 1915, n. 40); egli premette di considerare tre varietà principali di *nefriti*: *ipertensiva, cloruremica* e *azotemica*.

Quando un ammalato presenta una neuro-retinite emorragica, è un segno non dubbio di morbo di Bright. Se esistono in più delle placche bianche di retinite, si ha un indizio di azotemia. Se esistono emorragie retiniche, v'è ipertensione semplice. La sintomatologia oculare permette quindi di differenziar diverse varietà di nefrite.

All'occhio proprio dell'azotemia e dell'ipertensione bisogna aggiungere l'occhio della cloruremia; questa forma di « occhio cloruremico » dal fondo edematoso è più rara, si osserva meno di frequente specie nella nefrite acuta.

Le manifestazioni adunque dei tre grandi sintomi del morbo di Bright si trovano nel fondo dell'occhio con caratteri speciali per ognuna delle modalità di nefrite. La *nefrite ipertensiva*, che produce emorragie retiniche, si accompagna pure ad altre emorragie come la epistassi e l'emorragia cerebrale. La cloruremia che si traduce sul fondo dell'occhio con edema della papilla si traduce pure con edemi in punti diversi del corpo. In presenza di ogni paziente albuminurico, con turbe visive, segni di piccolo brightismo, è necessario ricercare la presenza dell'albumina; ma non è sufficiente. Conviene esaminarlo dal triplice punto di vista cloruremico, ipertensivo e azotemico.

Per la cloruremia, praticamente ci limiteremo alla constatazione degli edemi. Quanto all'ipertensione ricercheremo le manifestazioni morbose dipendenti (crampi ai polpacci, ecc.). Si farà l'esame dell'arteria radiale; la palpazione digitale permette di solito di riconoscere una tensione arteriosa molto forte; l'oscillometro sfigmomanometrico di Pachon vi trova una grandissima differenza fra le pressioni massima e minima, come negli aortici. Una tale ipertensione potrebbe spiegare una emorragia retinica. Invero questi ammalati vengono indirizzati non di rado all'oculista con diagnosi di *neuro-retinite emorragica;* ma siccome vi si sospettano delle placche bianche della retina, è necessario ricercare anche l'azotemia.

Dal punto di vista sintomatico dei disturbi funzionali, l'azotemia può essere assente se l'appetito è buono e se mancano le turbe cerebrali.

Si può rinvenire una quantità di urea al disotto della norma (gr. 0.56 per 2 litri di siero); questa constatazione, fatta fino dal primo esame, deve motivare un nuovo esame a fine di vedere se insorge azotemia progressiva.

La ricerca della *costante di Ambard* non è sempre necessaria; essa diventa più interessante nel caso in cui la cifra dell'urea non si eleva che poco al disopra della norma. Questa costante è allora un elemento di grande valore; se è molto elevata conduce adunque all'azotemia. Ma l'esame oculare deve appoggiare l'esame chimico.

L'esame del fondo della retina può essere rivelatore di una azotemia nascente che non si nota ancora che per modificazioni di ordine chimico incerte.

Se un brightico non ha che 0.57-0.60 centigrammi di urea per litro di siero, è un indizio di azotemia incipiente. Ma può diventare progressiva, così da condurre in tre o quattro mesi alla grande azotemia, come si vedrà reintegrando gli esami del sangue. Se vi sono placche biancastre di retinite, quando non ci sono ancora che 0.57 centigrammi di urea per litro di siero, si può affermare che l'azotemia è imminente e che questa sarà progressiva. Questo rapporto fra azotemia e retinite è dei più interessanti: non solo si può osservare la retinite nelle azotemie terminali di 3 o 4 grammi, ma anche in quelle di 1-2 grammi (meno mortali), oppure in quelle semplicemente iniziali. Questo significato della retinite non si è mai smentito. La retinite appare come il sintoma veramente annunziatore e certo dell'azotemia progressiva, in un'epoca in cui è impossibile svelarla con i saggi chimici. Se non ci sono che emorragie retiniche, non si può nulla inferire sotto il rapporto dell'azotemia, perchè l'ipertensione basta per dare emorragie retiniche.

La prognosi dipende interamente dall'esame del fondo dell'occhio. Il medico non sarà utile al proprio ammalato, nè potrà stabilire chiaramente la sua prognosi, se ignora il partito che si può trarre dall'esame oculare del morbo di Bright.

È quanto dimostrano i casi non infrequenti di uomini e donne, che non presentano sintomi flagranti, nè edemi apparenti, nè turbe viscerali notevoli, i quali conducevano la loro vita ordinaria, e che ricorrono all'oculista per un

« velo davanti agli occhi »; per sapere se essi sono soltanto ipertesi o se sono azotemici, non v'è prova più significativa di quella che si può trarre dall'esame del fondo dell'occhio.

La cura sarà quella dell'ipertensione:

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Nitrato di soda | gr. | 1 |
| Alcoolatura di limone | » | 2 |
| Acqua | » | 30 |
| Sciroppo semplice | » | 100 |

Un cucchiaio da caffè mattina e sera per dieci giorni. Contemporaneamente lattato di stronzio, gr. 2 al giorno, se vi è albuminuria.

Inoltre se vi sono placche bianche di retinite, si darà per i dieci giorni seguenti alla somministrazione di nitrito di soda, 20 gocce di tintura di scilla al giorno.

G. BILANCIONI.

### La nefrite sifilitica.

La sifilide, come tutte le infezioni, è capace di produrre la nefrite. Il fatto che la infezione luetica produce in tutti i tessuti delle alterazioni a caratteri istologici ben definiti ha fatto disconoscere che ad essa possa seguire una affezione renale che non avesse i caratteri specifici delle lesioni sifilitiche. Tutto ciò in analogia a quel che si è verificato per l'aortite sifilitica che per lo passato non era differenziata dalle altre forme di affezioni arteriali, e per alcune malattie organiche del sistema nervoso, come la paralisi progressiva e la tabe, per le quali si negava da qualcuno la etiologia luetica unicamente perchè le alterazioni riscontrate nell'asse cerebro-spinale non hanno alcuna analogia con le caratteristiche lesioni sifilitiche. Alla stessa ragione si deve verisimilmente attribuire il fatto che la sifilide pulmonare si ritiene un'evenienza molto rara.

È noto che i reni possono essere colpiti da lesioni chiaramente sifilitiche: le gomme; ma è pur certo che alcune forme di nefriti la cui origine appare oscura devono mettersi in conto dell'infezione luetica. In mancanza di specifici criterî diagnostici l'accertamento della natura della malattia in tali casi deve essere fatto indirettamente. Vi son casi di nefrite subacuta sviluppatasi rapidamente in soggetti affetti da sifilide secondaria, che precedentemente erano affatto sani, nei quali le prime cure antiluetiche fanno rapidamente regredire o addirittura scomparire le manifestazioni renali. E non si può escludere che tutti quei casi di nefrite che per lo passato si attribuivano alla cura mercuriale siano essi stessi dovuti alla infezione luetica.

La nefrite insorge di solito molto precocemente durante il periodo secondario: è caratterizzata da esordio insidioso, intensa albuminuria, oliguria e perfino anuria, rapido sviluppo e nelle forme più gravi da precoce uremia. Per molti aspetti la nefrite sifilitica somiglia a quella scarlattinosa.

Nella sifilide terziaria s'incontra più frequentemente la degenerazione amiloide e tra le forme di nefriti la più frequente è quella interstiziale. Le gomme del rene sono piuttosto rare.

Nella sifilide ereditaria le lesioni renali più che ad un processo nefritico sono in rapporto ai difetti dello sviluppo generale dell'organismo, e raramente si manifestano con alterazioni dell'urina. Nelle forme ereditarie tardive si può avere il rene amiloide, le cui manifestazioni cliniche sono di regola poco evidenti, le nefriti interstiziali o parenchimatose e, per quanto più rare, le gomme.

Munk notò nell'urina d'individui affetti da grave nefrite dei lipoidi birifrangenti (eteri di colesterina), ma ne trovò tanto in quei casi in cui la nefrite pareva di natura sifilitica da fargli sospettare una specifica relazione tra questo reperto e la nefrite sifilitica.

Stengel ed Austin (*The American Journal of the Medical Sciences*, 1915) hanno approfondito lo studio sul significato clinico dei lipoidi suddetti nei rapporti con la nefrite sifilitica.

Essi in tutti i casi di nefrite in soggetti sifilitici con reazione di Wassermann positiva, con notevole albuminuria e cilindruria trovarono presenti i globuli lipoidei birifrangenti di grandezza variabile da quella di un eritrocito fino al doppio o al triplo, liberi o facenti parte di cellule granulose o di cilindri ialini. Tale reperto era molto più raro nelle nefriti aventi tutt'altra origine.

In base ai loro studî, Stengel ed Austin ritengono che esiste un tipo di nefrite parenchimatosa sifilitica caratterizzato da intensa albuminuria, abbondanti cilindri ialini, granulosi e talora epiteliali, edemi con la caratteristica distribuzione degli edemi renali, diminuzione dell'eliminazione della ftaleina ed infine dalla presenza nell'urina di globuli lipoidei birinfrangenti.

DR.

## TERAPIA.

### La cura con l'alcool delle scottature.

Milligan (*American Medicine*, 1913) ha descritto un metodo di cura per le scotttature dal quale egli afferma di avere avuto dei risultati soddisfacenti. Le lozioni antisettiche adoperate comunemente hanno l'inconveniente di convertire le gangrene da secche in umide. Egli ha

perciò ritenuto conveniente di sostituire all'acqua l'alcool. Egli previene così la gangrena umida e l'infiammazione ed evita molte sofferenze. I dettagli del metodo sono i seguenti: se il paziente è in uno stato di shock da non potere tollerare la cloroformizzazione si applica sulla scottatura della garza imbevuta con una soluzione acquosa satura di acido picrico e per impedire l'evaporazione si copre la medicazione con uno strato di caoutchouc laminato. Il giorno seguente si leva la lamina protettiva e si versa sulla garza, senza distaccarla dalla piaga. Al terzo giorno evidentemente l'infermo o si avvia alla morte o è in grado di poter sopportare la cloroformizzazione. Se si continuasse l'applicazione di acido picrico, questo potrebbe riescire dannoso, perchè l'assorbimento di tale sostanza può produrre dei disturbi tossici. Potendolo adunque si cloroformizza l'infermo e si pulisce la piaga con della garza imbevuta di alcool a 70°.

Le vescicole non devono essere punte, nè devono essere allontanati i residui di cute morta: su tutto deve essere passato l'alcool unicamente per uccidere i germi presenti.

Dopo una sufficiente pulizia si applica sulla parte una compressa di garza imbevuta dello stesso alcool, ed il tutto si ricopre con altra garza asciutta e con delle pezzzuole di lana. Lo stesso procedimento sempre sotto il cloroformio si pratica nei giorni seguenti, avvertendo di far sempre l'applicazione di alcool con molta delicatezza. Si vedrà allora che già nel sollevare la garza dalla piaga pezzi di tessuti morti vengon portati via insieme alla garza. Le applicazioni saranno praticate per circa otto giorni; allora le scottature che non hanno distrutto tutto lo spessore della cute saranno trovate in tali condizioni da potere essere medicate senza dolore con della garza alla boro-glicerina o con della guttaperca. In queste condizioni la boro-glicerina affretta sorprendentemente la guarigione. Le scottature che ledono la completa spessezza della pelle danno delle escare più tenaci. Con l'alcool esse diventando nere, secche, raggrinzate e possono essere facilmente asportate con un bisturi o con forbici. Ad ogni modo il chirurgo deve sapere scegliere il tempo per asportarle.

Milligan ha adoperato questo metodo per cinque mesi in un gran numero di scottature nell'ospedale dei bambini di Malbourne. Solo un caso di scottatura molto estesa e profonda fu seguito da morte. All'autopsia furono trovate due grandi ulceri duodenali, ma all'epoca della morte al dodicesimo giorno della scottatura, le lesioni erano asettiche e tutte le escare erano state asportate. In tutti gli altri casi si ebbero sempre dei risultati molto soddisfacenti. Si trattava quasi sempre di scottature profonde e localizzate in ogni parte del corpo, alla faccia, alle natiche, in parti cioè dove riesce difficile nei bambini mantenere a posto le fasciature. D'altra parte la cloroformizzazione quotidiana non dette luogo ad inconvenienti degni di rilievo.

DR.

### Per l'inalterabilità della tintura di iodio.

E. Gianturco, farmacista direttore di 1ª classe della R. Marina a Napoli, in una relazione pubblicata sugli *Annali di Medic. Navale e Coloniale* (luglio-agosto 1915), espone i risultati di uno studio farmacologico compiuto per incarico dell'Ispettorato di sanità del Ministero della marina, sui mezzi per rendere inalterabile la tintura di iodio.

Il miglior mezzo è dato, secondo l'A., dal *metodo Gaglio,* che i nostri lettori già conoscono e che consiste nell'aggiunta di 1 % di acido iodico alla tintura. Dopo che dal Gaglio, il metodo è stato riproposto in Francia da Ferdinand Roques.

L'A. così chiude il suo lavoro:

« È da augurarsi che la importante ed utile proposta del prof. Gaglio per la preparazione della tintura alcoolica di iodo inalterabile e priva di acido iodidrico venga generalmente adottata.

Ma sopratutto dovrebbe essere resa obbligatoria per le farmacie militari. Per queste è in special modo importante l'adozione di tale espediente, giacchè esse devono fornire provviste che possono rimanere lungo tempo nei rispettivi magazzini di materiale sanitario, in attesa che giunga l'occasione per il loro uso, ed in così lungo lasso di tempo il contenuto di acido iodidrico potrebbe raggiungere il suo *maximum* più che mai irritante e nocivo.

R. B.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(558) *Sulla cura della stitichezza.* — Le sarei oltremodo grato se mi rispondesse sul modo come dovrò comportarmi con alcuni stittici in cui le defecazioni si fanno aspettare 7 od 8 giorni, non ostante cascara, sena ed i comuni lassativi, che non apportano effetti continuativi e risolutivi.

Esistono rapporti etiologici e di processo e quali tra eredo-sifilitici o predisposti alla tisi con la stitichezza abituale? In generale qui domina sifilide e tubercolosi e son tormentati quasi tutti gli abitanti da carie ai denti: il pasto

eterno di questi signori è formato da carne, riso, fagiuoli e caffè.

Desidero una direttiva, un metodo sicuro pel trattamento di questi pazienti, che vengono a me per essere guariti, e nella speranza della sospirata risposta Le ne anticipo i ringraziamenti.

São Paulo (Brasile).

Dott. G. T.

La cura della stitichezza abituale è un'impresa non sempre facile. Si devono innanzi tutto ricercare le cause produttrici: catarro gastro-intestinale cronico, malattie nervose, lesioni croniche del cuore ed intestini, stati anemici, enteroptosi, vesti muliebri disadatte, metodo di vita, ecc., per poterle eliminare.

In secondo luogo si deve provvedere alla alimentazione, usando cibi discretamente copiosi, e che lascino un più abbondante residuo fecale, meccanicamente stimolante l'intestino (legumi, erbe, frutta, ecc.). È anche utile bere la mattina a digiuno un bicchiere di acqua fresca, o prendere qualche lassativo: rabarbaro, tamarindo, aloe, cascara sagrada, magnesia usta, polvere di liquirizia composta. È assolutamente da proscrivere l'uso frequente di purganti. Sono anche a volte molto utili i clisteri di acqua fredda, o di acqua saponata, o di olio di olive.

Il massaggio, l'elettricità, l'idroterapia, la ginnastica medica, completeranno eventualmente i mezzi curativi, riuscendo spesse volte, in casi determinati, molto efficaci.

Una regola utilissima è quella di andare ogni giorno al vaso alla stessa ora, anche senza sentirne lo stimolo.

Non mi consta affatto che esistano rapporti etiologici diretti tra eredo-sifilide e predisposizione alla tisi con la stitichezza abituale. A meno che non si voglia ritenere che la loro azione sia indiretta: essendo esse causa di una congenita debolezza funzionale generale e quindi anche della muscolatura e forse anche della innervazione addominale, potrebbero in tal modo influire sul costituirsi della stitichezza abituale.

Tale supposizione potrebbe acquistare maggiore consistenza e valore dopo aver compiuto a tal riguardo le opportune indagini.

CIUFFINI.

(559) *Cura di disturbi della minzione nella tabe.* — Desidero conoscere qualche metodo, sia chimico sia fisico per alleviare i disturbi di un tabetico di 46 anni, affetto da grave disuria e polluzioni frequentissime, a volte 3 ed anche 4 per notte con potere sessuale (erezione ed orgasmo) diminuito. Ha già fatte parecchie cure mercuriali e iodiche ed ultimamente neo-salvarsan due grammi e mezzo senza risultato.

La diagnosi di tabe è sicura come risulta oltrechè dai dolori folgoranti, da zone di ipostesie, dalla lieve atassia agli arti inferiori e anche dal risultato della puntura lombare. Wassermann lievemente positiva. Albume 45 per mille.

Boveri debole e Nonne Apelt incerta. Moderatissima linfocitosi. La Wassermann nel sangue fu sempre negativa anche 4 anni fa quando il paziente non aveva mai fatto nessuna cura specifica ignorando assolutamente la sifilide.

Scusi del disturbo.

Dott. A. Z.

Rispondiamo in linea d'eccezione, pure trattandosi di un caso specifico.

I disturbi della minzione nella tabe non si prestano ad interventi terapeutici diretti. Contro le polluzioni può provare la somministrazione di canfora monobromata e lupolina, i semicupi freddi, e le applicazioni elettriche di corrente galvanica (intensità di 5-6 MA; durata 10-12 minuti primi; catode ampio alla regione lombare; anode delle dimensioni di circa 20 cmq. al perineo). Per sedare i dolori lancinanti sono stati proposti numerosi metodi fisici: massaggio, impacchi freddi, coppette, faradizzazione, ecc.; ma in genere essi non hanno dato risultati soddisfacenti. Più utili riescono i medicamenti: salicilato di sodio, antipirina, antifebbrina, anestesina, fenacetina, idropirina, trigemina, e specialmente l'aspirina e il piramidone, con i quali ultimi si riuscirebbe non di rado — secondo Oppenheim — a evitare l'uso della morfina.

V. FORLÌ.

(560) Come fare *per ottenere lo scoloramento e la scomparsa delle cicatrici da impetiggine contagiosa,* che costituiscono una vera e propria contraffazione di un bel viso?

Dott. G. E.

Se si ha a che fare con vere cicatrici (il che non dovrebbe essere qualora si fosse trattato di impetigo contagiosa vera e propria la quale lascia soltanto macchie rossastre destinate a scomparire completamente, sia pure dopo un tempo piuttosto lungo) la terapia ha scarse risorse e non c'è da far altro che adoperare qualche polvere che abbia presso a poco il colorito della cute del volto, come quella proposta da Unna:

| | |
|---|---|
| Bolo bianco . . . . . . . | gr. 2 1/2 |
| Bolo rosso . . . . . . . | » 1/2 |
| Carbonato di magnesio . . . | » 4 |
| Ossido di zinco . . . . . | » 5 |
| Amido di riso . . . . . | » 8 |

V. MONTESANO.

(561) Prego indicarmi su la « Posta degli abbonati » delle buone pubblicazioni ultime su le malattie da piombo nei verniciatori, vasai e simili.

C. C.

Oltre ai soliti trattati e manuali sull'igiene industriale e le malattie del lavoro (Loriga, Giglioli, D'Anna, Pieraccini, ecc.) si potranno consultare con profitto le opere seguenti:

Legge e Goaby: « Lead poisoning and lead absorption ». Arnold ed., London, 1912. — Professor Rubino e dott. Porrini: « Commissione d'inchiesta sul pericolo della intossicazione saturnina nella industria della coloritura ». A cura del Municipio di Genova, 1912. — Dott. B. Chyzer: « Ueber die im ungarischen Tonwarengewerbe vorkommenden Bleivergiftungen », Fischer ed., Jena, 1908. — « Atti del IV Congresso delle malattie del lavoro », Roma, 1913.

Un ottimo capitolo sul saturnismo si trova in Debove e Achard: « Maladies de la nutrition », Masson ed., Parigi, 1912.

Meno recenti ma sempre consultabili con profitto sono:

Th. Sommerfeld: « Traité des maladies professionnelles », Bruxelles, 1901. — « Handbuch der Arbeiterwohlfahrt », Stuttgart, 1902. — « Les industries insalubres ». (Ass. intern. pour la protection légale des travailleurs), Jena, 1903. (Si occupa quasi unicamente delle intossicazioni da piombo e da fosforo).

Molti buoni lavori sul saturnismo si trovano altresì sul « Ramazzini » (specialmente in riguardo alle modificazioni ematologiche) nell'« Archiv für Hygiene » e nella « Révue d'hygiène ».

FILIPPINI.

(562) Prego indicarmi nella « Posta degli abbonati » quali sono i trattati di oculistica che godono maggior credito nella Scuola oftalmojatrica di Roma, sopratutto per ciò che riguarda le anomalie della refrazione. Vorrei l'indicazione non di un manualetto da studente, ma di un trattato idoneo a chi vuol dedicarsi alla specialità. Ringraziando.

Bologna.

Dott. A. M. - Abb. n. 6636.

Il trattato che gode maggior credito presso la Scuola oftalmologica di Roma per chi vuol dedicarsi alla specialità è la « Enciclopedia d'oftalmologia tedesca », 2ª edizione, edita dal Graefe e Sämisch ed ora continuata dall'Hey, nella quale ogni capitolo, e specialmente quello delle anomalie della rifrazione, è assai diffuso e completo. Un trattato di assai minor valore è la « Enciclopedia francese d'oftalmologia » edita dal Valude e Truc. Un trattato italiano non esiste ancora.

Per un principiante nel campo della rifrazione è indicato il breve riassunto del Vignes: « Technique pour l'examen des yeux ».

SP.-C.

(563) Sarei grato a quell'egregio collega che nella « Posta degli abbonati » mi sapesse indicare quelle pubblicazioni le più adatte come guida nella valutazione delle invalidità residue ad infortuni sul lavoro per la relativa liquidazione.

Biella.

Dott. Salvatore Cabrar - Abb. n. 2750.

Può consultare i seguenti lavori:

L. Borri: « Gli infortuni del lavoro sotto il rispetto medico-legale ». Società Editrice Libraria, Milano, 1910 (in due volumi che attualmente sono in ristampa). — E. Golebiewoki: « Infortuni sul lavoro », tradotto dal Borri. Società Editrice, Milano. — Enrico Morselli: « Nevrosi traumatica ». Studio clinico e medico-legale. Unione Tip. Ed. Torinese. — Ch. Remy: « L'évaluation des incapacités permanentes ». Vigot Frères éditeurs, Paris, 1906. — Leon Imbert, C. Oddo, E. Chavernac: « Guide pour l'évaluation des incapacités ». Paris, Masson, 1913. — René Sand: « La simulation de l'interpretation des accidents du travail ». H. Lamertine éditeur, Bruxelles. 1907. — Kaufmann: « Handbuch der Unfallermedizin », 3ª edizione, 1907. — Thiem: « Unfallerkrankungen », Stuttgart, 1910. — Id. « Lehrbuch der Arbeiter Versicherungsmedizin », Leipzig, 1913.

Dott. I. R.

(564) Gratissimo se volesse indicarmi nella rubrica « Posta degli abbonati » quanto segue:

1°) Un buon trattato possibilmente ragionato di « Arte del ricettare » (ad eccezione del Goggia e del Rubino); 2°) Un trattato pratico sul modo di preparare le medicine che il medico ordina più comunemente, così che il medico stesso potrebbe prepararle nel suo armadio farmaceutico; 3°) Un buon testo, possibilmente esteso, per i primi soccorsi da prestare nei malori improvvisi e nelle disgrazie (medicina e chirurgia d'urgenza); 4°) Un altro testo pratico riguardante la tecnica terapeutica, per esteso e ragionata, del medico condotto (lavaggi vaginali - inalazioni - anestesia - puntura rachide, ecc.), con la indicazione degli apparecchi più usati. Ringraziamenti.

Abbonato n. 7595.

Preferiremmo di non ricevere che una domanda per volta. Le suggeriamo:

1°) Malacrida: « L'arte di prescrivere e di applicare i rimedi ». U. Hoepli, Milano; Mahler: « Ricettario terapeutico ». Società Tipografica Editrice, Torino. — 2°) Teyxeira: « Tecnica Farmacologica ». Società Editrice Libraria, Milano. — 3°) Trombetta: « Medicina d'urgenza ». U. Hoepli, Milano; Oddo: « La medicina di urgenza ». Traduzione del dott. Solimera, Editore dottor F. Vallardi, Milano; Brunelli: « Guida al pronto soccorso chirurgico ». Amm. del giornale « Il Policlinico », Roma. — 4°) Gumprecht: « Tecnica della terapia speciale ». Traduzione del dottor Guglielmetti. Ed. dottor F. Vallardi, Milano.

R. B.

# VARIA.

**Riproduzione e miglioramento della razza.** — In una conferenza su questo argomento pubblicata dal dott. Samuel Discon nel *Pennsilvania Health Bulletin*, l'A. afferma che per la continuazione della nostra civiltà presente sono necessarî dei requisiti che sono in rapporto alla vita domestica e politica. Riguardo alla vita domestica l'A. fa notare tutta l'importanza dell'igiene del matrimonio, e quindi delle condizioni di età e di salute dei coniugi, condizioni che solo possono assicurare una prole fisicamente e mentalmente sana.

L'uomo non dovrebbe sposare che una donna appartenente ad una famiglia di longevi e libera assolutamente da tare ereditarie; non dovrebbe sposare una donna di età avanzata, delicata, debole o affetta da malattie ereditarie. La età più adatta al matrimonio per le donne del nostro clima è quella di 20 anni, per l'uomo quella di 25. Le donne di temperamento nervoso, quelle estremamente irritabili, isteriche, soggette a convulsioni dovrebbero rinunciare al matrimonio.

Un matrimonio fatto tra individui molto giovani, nei quali il corpo non è completamente sviluppato, le diverse funzioni non sono perfette, e gli organi sessuali sono ancora nel loro sviluppo non può dare che una prole immatura e deficiente di potere vitale.

Secondo l'A. le principiali cause di degenerazione sono attualmente le seguenti:

1° Degenerazione per tossiemia, per abuso di bevande alcooliche, oppio, coca, tabacco, ecc., nonchè per gli effetti dell'avvelenamento da piombo, mercurio, arsenico, fosforo e dell'uso di alimenti insalubri;

2° Degenerazione per persistente azione dell'infezione malarica;

3° Degenerazione in rapporto all'ambiente geologico nel quale si vive;

4° Degenerazioni in rapporto all'influenza delle epidemie;

5° Degenerazioni in rapporto al sistema di vita particolare delle grandi città: insalubrità delle abitazioni, insufficienza di alimentazione, mestieri insalubri, miseria morale e sociale;

6° Degenerazioni per malattie costituzionali congenite o acquisite;

7° Degenerazioni in rapporto ad un complesso di cause suddette e causate da matrimoni tra consanguinei.

Concludendo si può affermare che le degenerazioni dell'uomo sono in rapporto alla ereditarietà ed all'ambiente nel quale egli vive. Certo si è che l'una e l'altra causa insieme concorrono a moltiplicare con una progressione geometrica il numero dei degenerati.

Donde la necessità del risanamento dell'ambiente fisico e morale, e dell'esclusione dal matrimonio di individui che non siano fisicamente e mentalmente del tutto sani.

DR.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FERRARINI GUIDO. A proposito dei proiettili esplosivi usati dall'esercito austriaco nella guerra attuale. — Pisa, 1915.

CHIRONI PIETRO e CROWTER CARLO. Sull'epato-colangio-enterostomia e sulla plastica del coledoco. — Roma, 1915.

CORRADINI ROVATTI GUIDO. Come si possa trasformare il ferro in sostanza organica. — Somma Lombardo, 1914.

MORPURGO G. I profumi nella storia e nel commercio. — Milano, 1915.

SCALETTA LUIGI. Note pratiche di sterilizzazione per le preparazioni di uso farmaceutico. — Milano, 1915.

GAZZANIGA NINO. Le istituzioni antitubercolari in Italia nel 1914. — Milano, 1914.

Lavori dell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Cagliari diretto dal professore Alberto Pepere. Triennio 1911-1914.

RAGAZZI MARIO. Rilievi economico-igienico-sanitari sui portieri di Genova. — Genova, 1915.

KITASATO S. Imperial Institute for the Study of Infections Diseases, Tokyo. — Tokyo, 1914.

CASAGRANDI O. L'immunità passiva nel vaccino e nel vaiolo. — Torino, 1915.

Proceedings of the Pathological Society of Philadelphia. New Series, vol. XV-XVI. — Philadelphia, 1913-14.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie.

**Sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici.**

(Il fondo resta a disposizione del futuro Congresso federale perchè ne stabilisca la erogazione e a termini della circolare n. 6, prot. n. 451, 18 agosto 1915).

*Elenco delle offerte a tutto il 30 sett. 1915.*

| | | |
|---|---|---|
| Prof. Luigi Silvagni - Bologna | L. | 1000 |
| Prof. Augusto Murri - Bologna | » | 500 |
| Dott. Enrico Boschi - Bologna | » | 100 |
| Dott. Antonio Dal Prato - Faenza | » | 10 |
| Prof. G. B. Boccasso - Torino | » | 100 |
| Dott. Achille Sega - Bologna | » | 30 |
| Dott. Ugo Stoppato - Bologna | » | 25 |
| Prof. Antonio Gnudi - Bologna | » | 200 |
| Dott. Francesco Vicenzi - Ozzano (Bologna) *Prima offerta* | » | 15 |
| Dott. Giuseppe Boriani - Bologna | » | 10 |
| Dott. Francesco Monetti - Bologna | » | 100 |
| Studente Giuseppe Sapori - Bologna, aspirante medico. *Prima offerta* | » | 15 |
| Prof. Giuseppe Dagnini - Bologna | » | 100 |
| Prof. dott. A. Simoni - Oderzo (Treviso | » | 100 |
| Medici del Manicomio « Francesco Roncati » - Bologna: prof. R. Brugia, dottor G. Peli, dott. cav. Maccaferri, dottor C. Rasori, dott. cav. Venturoli, professor dott. E. Rivari - *Offerta mensile* - Rata di agosto | » | 24 |
| Dott. Paolo Pasi - Bologna | » | 100 |
| Gli ufficiali medici dell'Ospedale da campo n. 238 | » | 150 |
| Dott. Giulio Domenichini - Bologna | » | 50 |
| Dott. Nino D'Onofrio, sottotenente medico - Zona di guerra | » | 20 |
| Prof. Giuseppe Ruggi - Bologna | » | 500 |
| Dott. U. Righi - Bologna - *Prima offerta* | » | 50 |
| Prof. Carlo Santini - Fermo (Ascoli Piceno) | » | 50 |
| Gli ufficiali medici dell'Ospedale da campo n. 070 | » | 100 |
| Dott. Alessandro Bacchi Della Lega - Bologna | » | 25 |
| Totale | L. | 3374 |

Le somme sottoscritte vengono depositate in un libretto della Cassa di risparmio di Bologna, che ha concesso il frutto di favore del 5 %.

Le offerte devono essere inviate impersonalmente alla Federazione degli Ordini dei medici - Bologna (Archiginnasio).

* * *

Il nostro giornale contribuisce alla sottoscrizione, per ora, con L. 100.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5577) *Servizio militare - Compenso a carico del Comune.* — Il Dott. abbonato n. 5178 desidera conoscere se esiste realmente un decreto luogotenenziale col quale si disciplina il trattamento economico degli impiegati comunali chiamati sotto le armi e, nella affermativa, se detto decreto modifica le disposizioni eventualmente diverse contenute nei regolamenti locali.

Effettivamente esiste il decreto luogotenenziale di cui Ella parla. Esso porta la data del 31 agosto ultimo ed il n. 1420. Con detto decreto si applicano agli impiegati comunali le stesse norme che regolano i rapporti economici degli impiegati governativi chiamati sotto le armi per la mobilitazione e, cioè, si determina che sia loro corrisposto lo stipendio più elevato fra quello militare e quello civile. Esso è applicabile anche a coloro che, come Lei, per regolamento speciale preesistente godono un trattamento favorevole.

(5578) *Cura dei RR. CC. - Cantonieri provinciali - Cura dei detenuti.* — Il Dott. M. I. da V. desidera conoscere se sia obbligatorio per il medico condotto la cura dei RR. CC., dei cantonieri provinciali e dei detenuti nel carcere mandamentale, quando di tali oneri si faccia speciale menzione nel capitolato. Se non vi sia obbligo legale, desidera sapere in qual modo possa liberarsene.

Alla cura dei RR. CC. il medico condotto è sempre tenuto anche quando il capitolato non faccia menzione di tale onere. I cantonieri provinciali hanno diritto a cura gratuita sol quando sieno compresi nello elenco dei poveri. Alla cura dei detenuti nel carcere mandamentale non è Ella obbligata dovendo pagare i Comuni del mandamento. Quando, però, come nel caso, il capitolati impone al medico condotto tali obblighi ed il medico, nello accettare il posto, ha liberamente e volontariamente aderito a tutte le condizioni imposte dalla amministrazione comunale, non può dopo chiedere alcuna revoca perchè ogni eventuale modifica costituirebbe implicitamente un mutamento notevole nelle modalità del concorso.

(5580) *Capitolato - Congedo.* — Il Dott. abbonato n. 5439 desidera conoscere in qual modo debba regolarsi per ottenere il capitolato, che regoli i diritti ed i doveri reciproci fra sanitario ed amministrazione. Desidera anche conoscere se si possa ottenere congedo per malattia o per

altro giustificato motivo qualora trovi un collega che lo sostituisca.

Non sappiamo spiegare come sia stato costà esaurito un concorso per la nomina del medico condotto senza essere stato ancora formulato ed approvato il capitolato di servizio, che è atto che precede ma non segue la nomina medesima. Provi ad indurre il Comune a fare ora quello che avrebbe dovuto fare prima e qualora non vi voglia aderire formuli ricorso al Prefetto pei provvedimenti di ufficio da parte della G. P. A. I congedi sono ora in massima sospesi. Però se trattasi di infermità, crediamo che non si possa negare congruo congedo al sanitario, che si verrebbe a trovare nella assoluta impossibilità di compiere il proprio dovere. In tal caso la supplenza è a carico del Comune, come nei casi ordinarii. Per cause diverse, il congedo non può essere dato. Solo a seguito di accordi col Comune potrebbe essere consentito al medico, in casi di assoluta urgenza e necessità, di allontanarsi temporaneamente dal Comune, mettendo supplente a sue spese. Essendo vietati i congedi per ordine delle superiori autorità non compete ai medici speciale compenso, pel maggior lavoro, cui sono obbligati.

(5581) *Stipendio - Chiamata sotto le armi.* — Il Dott. abbonato O. C. 038 espone che con deliberazione consiliare del marzo scorso il Comune stabiliva di corrispondere agli impiegati del Comune l'intero stipendio per tutta la durata della guerra. Desidera conoscere se possa il Comune ora negargli lo stipendio e se, nella affermativa, sia al caso sufficiente una deliberazione della Giunta o occorra deliberazione del Consiglio comunale, approvata dalla autorità tutoria.

Per non più corrispondere lo stipendio al medico condotto durante la guerra non occorre deliberazione di Giunta nè di Consiglio perchè per effetto dell'articolo 4 del decreto luogotenenziale del 31 agosto 1915 n. 1420 è restata sospesa l'efficacia di ogni disposizione contenuta nei regolamenti organici degli enti locali contraria alle norme in detto decreto contenute. È superfluo dire che deve essere corrisposto lo stipendio maggiore, e che perciò resta integro l'obbligo del Comune di dare la differenza, qualora lo stipendio che corrisponde sia superiore a quello che il sanitario percepisce dallo Stato.

(5583) *Pensioni - Malattia non contratta in servizio - Indennità.* — Il Dott. G. D'A da C. d'O. essendo ammalato di diabete e, quindi, impossibilitato a prestare più oltre servizio, chiede conoscere se possa ottenere la pensione con sedici anni di servizio dimostrando il *surmenage* per condotta faticosa. Nella affermativa quale pensione potrà liquidare.

Per il diabete non si può invocare la pensione per infermità contratta in servizio od a causa del medesimo. Si potrebbe ottenere la indennità una volta tanto come per infermità in genere. Detta indennità è proporzionale ai due terzi del capitale corrispondente alla pensione che Le sarebbe spettata tenuto conto della età e del numero degli anni di servizio. Non si può ottenere il congedo straordinario di tre mesi se non esibendo un certificato medico da cui risulti l'infermità da cui è affetto ed il bisogno che ha di cura e di riposo.

(5384) *Congedo - Ricchezza mobile.* — Il Dottor abbonato n. 4248 desidera conoscere se perdurando l'attuale stato di guerra possa usufruire dell'ordinario mese di licenza e se disimpegnando le funzioni di supplente in un'altra condotta debba sul relativo assegno di lire 800 pagare la ricchezza mobile.

In tutte le provincie per disposizione dei relativi prefetti sono stati temporaneamente sospesi i congedi dei medici condotti. Sullo assegno di lire 800 che riceve come sostituto dell'altra condotta deve pagare la ricchezza mobile, perchè tale imposta colpisce tutti indistintamente i redditi professionali.

(5585) *Servizio militare - Compensi.* — Il Dott. M. N. da Z. desidera conoscere se avendo il Comune applicato il decreto luogotenenziale 1064 dell'11 luglio è obbligato a seguirne strettamente le norme e perciò a corrispondere la differenza che passa fra lo stipendio civile e quello militare, se persistendo il Comune a negare tale trattamento si possa, e con quali mezzi, costringerlo a farlo e se il Comune possa negare la concessione della differenza perchè il medico è volontario e non obbligato a servizio militare. Desidera, inoltre, conoscere se per ovviare eventuali attriti col Comune possa dimettersi dal grado attuale e farsi poi richiamare di autorità sotto le armi.

Il Comune è obbligato a seguire strettamente le norme stabilite dal decreto luogotenenziale dell'11 luglio perchè è esso obbligatorio per gli impiegati comunali per effetto del successivo decreto luogotenenziale del 31 agosto ultimo n. 1420. Se il Comune si rifiutasse corrisponderle i compensi cui ha diritto, può ora adire anche l'autorità giudiziaria. Il decreto del 31 agosto non fa distinzione fra impiegati che trovansi volontariamente al servizio militare ed impiegati che vi sono stati chiamati di autorità. Ciò stante, sembra inutile quello cui Ella accenna circa le dimissioni con successivo richiamo di autorità.

(5587) *Somministrazione di medicinali ai poveri.* — Il Dott. L. C. da S. premesso che un'Opera pia è tenuta, a seconda della disponibilità dei suoi fondi, a somministrare i medicinali ai poveri, desidera conoscere se potendo esaurire tutto il fabisogno dei medicinali possa l'Opera pia in parola obbligare il Comune alla compilazione dello elenco dei poveri, ed addossare al medesimo la somministrazione materiale delle medicine e se, non bastando i fondi, la stessa Opera pia debba continuare a fare l'elenco dei sussidiabili e somministrare le medicine per tutto l'anno.

Riteniamo che l'Opera pia in quistione possa obbligare il Comune a compiere la redazione dello elenco dei poveri, perchè per legge è questo obbligato a formularlo, meglio conoscendo le condizioni economiche de' naturali ed i loro peculiari bisogni. Crediamo pure che i medici comunali possano attendere da sè alla somministrazione dei medicinali, che vengono forniti dall'Opera pia, la quale esaurisce il suo compito mettendo a disposizione del Comune i fondi che occorrono per adempiere al servizio. Se i fondi dell'Opera pia non bastassero per tutto l'anno, il Comune fa l'elenco dei poveri e l'Opera pia corrisponde il numerario che ha, salvo al Comune di completarlo mettendovi quello che occorre.

(5588) *Pensioni.* — Al Dottor F. B. da T. rispondiamo che il servizio delle pensioni funziona completamente anche durante l'attuale stato di guerra.

Doctor JUSTITIA.

---

L'abbonato 7080 che prima e durante la mobilitazione, a differenza di altri colleghi, non è stato precettato, chiamato sotto le armi con la classe del 1881, si è affrettato a fare regolare domanda al Ministro della Guerra per il tramite del Distretto Militare, per ottenere regolare nomina ad ufficiale medico nella territoriale; desidera sapere se ha diritto al grado di tenente, «essendo laureato da oltre 9 anni», ovvero solamente a quello di sottotenente, appartenendo la sua classe alla Milizia Territoriale.

Ha diritto al grado di tenente.

---

**I Quesiti pel "Doctor Justitia,, e le Domande per la «Posta degli abbonati» non debbono essere seritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.**

**Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale potranno essere contraddistinti, su richiesta, con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.**

**Le domande anonime saranno cestinate.**



## CONDOTTE E CONCORSI.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*). — A tutto 20 ottobre; stipendio L. 3300; indennità mezzo trasporto L. 500; indennità U. S. L. 200; alloggio con orto e appezzamento di terreno verso fitto annuo di L. 250; tre sessenni.

CASTELNUOVO BARIANO (*Rovigo*). — Generalità II riparto sanitario; L. 3800 oltre L. 700 indennità mezzo trasporto e L. 300 indennità alloggio. Perfetta pianura. Scad. 15 ottobre.

ROMA. *Ferrovie dello Stato* (Direzione generale). — Medico per il riparto di Castel S. Giorgio; vedi fasc. 40. Scad. ore 17 del giorno 31 ott.

ROSELLO (*Chieti*). — Condotta piena; L. 3000 lorde. Ab. 1258. Scad. 20 ottobre.

ROTA FUORI (*Bergamo*). — Condotta consorziale. Abitanti 2685. Stipendio complessivo lordo L. 5000. Scadenza 20 ottobre 1915. Servizio senza obbligo di cavalcatura. Capitolato modello dell'A. N. M. C. Schiarimenti Segreteria comunale. Il Consorzio si compone di: Valsecca, abitanti 909; Rota Dentro, 339; Brumano, 325: paesi che distano dal capoluogo massimo un'ora di strada a piedi.

SALSOMAGGIORE. *Regi Stabilimenti Termali*. — Direttore; L. 12,000. Cauzione di L. 20,000. Titoli che provino l'istruzione, la coltura, le attitudini e la pratica esperienza per esercitare le attribuzioni del posto. Docum. all'Azienda di Stato in Salsomaggiore o al Ministero delle Finanze (Direzione Generale del Demanio) entro il 31 ottobre 1915. Chiedere l'annunzio.

UDINE. *Ospedale civile.* — Concorso due posti medico assistente. Termine 31 ottobre. Vitto, alloggio; Sezione medica assegno L. 1500; Sezione chirurgica L. 750 oltre compartecipazione compensi. Oneri R. M. e Cassa Previdenza; certificati di rito e titoli.

Cercasi subito nel comune di Ascoli Piceno assistente medico-chirurgo interinale all'Ospedale civile. L. 150 mensili nette, vitto, alloggio servizio. Rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale indicando età, epoca della laurea.

---

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro collaboratore prof. Guglielmo Bilancioni è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

MILANO. — Il Consiglio degli Istituti Ospedalieri, in base al voto espresso dalla Commissione Esaminatrice, ha conferito il premio Paravicin, per il perfezionamento all'estero nella medicina, al dottor Pietro Bai.

L'adempimento degli obblighi relativi è rinviato al 1916, date le circostanze attuali.

NAPOLI. — Il dott. Carpantieri Tommaso è nominato assistente di clinica medica.

PAVIA. — Il dott. Rizzi Alessandro è abilitato alla libera docenza in igiene.

ROMA. — Sono nominati aiuti in clinica oculistica i dottori Di Marzio Quirino e Speciale Filippo.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Sui campi dell'onore.**

È caduto per la Patria il tenente medico ALFONSO CERONE, di Muro Lucano. Era già stato sottotenente medico effettivo dell'Esercito; si era poi ritirato nel paese nativo. Apertesi le ostilità con l'Austria, chiese subito di essere mandato fra le truppe combattenti e fra queste il 26 agosto u. s., mentre prestava l'opera sua, venne ucciso da una bomba lanciata da un velivolo nemico.

**Il Consiglio superiore di sanità.**

Il Consiglio superiore di sanità, riunito in sessione straordinaria sotto la presidenza dell'onorevole Guido Baccelli, ha dato parere su molti ricorsi concernenti farmacie ed ha deliberato sui ricorsi di vari Comuni contro le decisioni delle Giunte provinciali amministrative che aumentavano lo stipendio a medici ed a veterinari condotti.

Il Consiglio stesso ha poi rilevato l'efficacia delle iniezioni di acido fenico nella cura del tetano ed ha fatto voti che questo metodo — introdotto dal proprio presidente prof. Baccelli — sia usato a vantaggio dei nostri soldati che combattono per la grandezza della Patria.

**Disposizioni per la promozione al grado di tenente generale medico.**

Con decreto luogotenenziale 29 agosto 1915, n. 1435, « Gazzetta Ufficiale » 30 settembre n. 241, è stato disposto:

« Per la durata della guerra e facendo eccezione all'art. 1 del Nostro decreto luogotenenziale del 27 giugno ultimo scorso, n. 1017, è data facoltà al Ministero della guerra di derogare, per la promozione al grado di tenente generale medico e corrispondente nomina alla carica di ispettore capo di sanità militare, alla prescrizione di provvedere alla promozione ai gradi di ufficiale non oltre il 60° giorno della data nella quale si sono verificate le vacanze ».

**Disposizioni per gli esami di laurea e di diploma**

Con decreto luogotenenziale 16 settembre 1915, n. 1435, « Gazzetta Ufficiale » 30 settembre n. 241, è stato disposto:

« Riconosciuta la convenienza, nelle presenti circostanze, di rendere più spedito il conseguimento della laurea e del diploma per i giovani militari i quali abbiano, nelle Università o negli altri Istituti d'istruzione superiore, compiuto il corso dei loro studi e superati tutti gli esami speciali che precedono quello di laurea o di diploma;

Udito il Consiglio dei ministri;

Sulla proposta del ministro segretario di Stato per la pubblica istruzione;

Abbiamo decretato e decretiamo:

Per gli esami di laurea e di diploma, che si daranno nelle Università e negli Istituti d'istruzione superiore entro il corrente anno scolastico 1915-916, il laureando, che sia sotto le armi, avrà facoltà, in deroga alle vigenti disposizioni del regolamento generale universitario, di omettere la presentazione e la disputa della dissertazione scritta, sostituendola con la discussione orale di un tema, che la Commissione gli assegnerà tre giorni prima della discussione».

**Un ospedale di riserva per i celtici a Milano.**

È stato organizzato dalla Sanità militare nell'Istituto « Carlo Cattaneo ». Occupa buona parte dei locali del R. Istituto tecnico e della Scuola capomastri, ed è destinato esclusivamente al comparto degli ammalati celtici. La direzione ne è affidata al capitano medico prof. Daccò.

Le spese di adattamento furono sostenute dal Comune, che anche in tale circostanza ha dato prova della sua munificenza, concorrendo, nell'interesse dell'igiene cittadina, alla sistemazione dei militari malati di tali forme morbose.

L'ospedale, che è capace di più di 600 letti, ha al piano terreno l'ufficio di direzione, la sala di maggiorità, la farmacia, le sale per truppe, le cucine, lo spogliatoio ove passano i malati all'entrare nell'ospedale, ed accanto le doccie per un primo lavacro avanti di vestire gl'indumenti ospitalieri. Nei due piani superiori sono le sale degli ammalati aggruppati in locali separati a seconda delle forme che presentano; e si hanno bagni, docce, gabinetti, sale di medicazione distinte.

Lo stesso direttore prof. Daccò provvide con propri mezzi ad allestire i gabinetti per gli esami microscopici, nonchè a fornire apparecchi per elettrolisi, elettrocaustica, endoscopia, ecc.

Attualmente sono già ricoverati nell'ospedale 350 ammalati, alla cui cura provvedono, oltre al direttore, i tenenti dottori Bianconi, Mori, Tramontani, Morta, Ambrosoli.

Il Comitato sanitario regionale, costituito del prof. Tansini consulente chirurgico del ... Corpo d'armata, del colonnello medico D'Angelantonio direttore di Sanità, del medico provinciale e del prof. Simonetta segretario, ha visitato tra gli altri, anche questo ospedale di riserva.

La Commissione giudicò ben riuscito l'ordinamento generale ed espresse la sua soddisfazione.

**Per i mutilati della guerra.**

Il conte di San Martino, presidente del Comitato in Roma per i ciechi e i mutilati della guerra, ha mandato a tutti i membri del Comitato stesso la seguente lettera che riassume la difficile opera compiuta in questi due mesi:

« Nell'assemblea del 2 agosto mi venne conferito il mandato di ampliare il Comitato e di ricostituirlo. Per assolvere lo incarico ho creduto richiamare spiccate personalità della politica, della finanza e della scienza a partecipare al Comitato ed ho stimato opportuno costituire un Consiglio di 25 membri e una Giunta di 5, onde assicurare a questo Corpo tutta l'agilità opportuna per funzioni prettamente esecutive. E mentre la Giunta intensificava la ricerca dei locali sia per il ricovero dei soldati feriti che per stabilirvi i mezzi per la loro rieducazione, pensava ad integrare l'azione del Comitato romano col concorso e il coordinamento dell'opera di tutti gli altri sorti in varie città italiane. Fu tenuta allo scopo una adunanza in Roma e venne decisa la costituzione della Federazione nazionale dei Comitati e dato l'incarico provvisorio a noi di rappresntare il Comitato centrale, per esercitare una continua pressione sul Governo ai fini comuni, sia per eccitare la formazione di Comitati nelle città dove ancora non esistono. La Federazione votò ordini del giorno di carattere sanitario e di incitamento al Go-

verno per il suo concorso finanziario. Accordi precisi di scambievole cooperazione la Presidenza ha preso con la Croce Rossa dalla quale ha ottenuto assicurazione di aiuti, offerte di letti, facilitazioni per i propri sanitari. La Croce Rossa ha segnatamente provveduto a proprie spese alla missione compiuta all'estero dal dott. Gualdi, che per nostro incarico ha visitato in Francia le scuole per i mutilati, riportandone ammaestramenti e notizie utilissime per noi. Con la Direzione regionale sanitaria si è stabilita una perfetta intesa sull'opera da svolgere e la Presidenza ha ottenuto che l'autorità militare sanitaria emanasse ordini tassativi per tutti gli ospedali di riserva del Presidio per la consegna al Comitato di tutti i feriti ciechi, storpi e mutilati in modo da poter iniziare al più presto l'opera nostra ed ha potuto anche ottenere che venisse compilata una statistica di tutti i soldati ciechi, storpi e mutilati ricoverati fino al 25 corrente negli ospedali d'Italia. E mentre ai primi di ottobre sarà incominciato il soccorso per i primi soldati ciechi nei locali offerti dal principe Aldobrandini, abbiamo fiducia di svolgere sollecitamente identica azione per i mutilati e gli storpi ospitandoli nel periodo di cura presso la clinica ortopedica e, appena opportuna la loro rieducazione, di svolgerla in locali che il Governo promette di dare, e per cui intensifichiamo quotidiane insistenze. Fino dai primi atti del Comitato il Governo aveva offerto dei locali; ma al momento di prenderne possesso risultarono già destinati o vennero rifiutati per lo scopo preciso per cui erano stati richiesti. Ora noi confidiamo di avere indicato al Governo noi confidiamo di avere indicato al Governo ma di consentire l'opera di rieducazione nello stesso luogo di permanenza dei convalescenti giacchè ognuno vede le difficoltà derivanti dall'obbligo del quotidiano trasporto dei mutilati o degli storpi dalla residenza abituale ad altri locali per compiervi l'opera di insegnamento. Certamente per svolgere nel suo complesso la nostra attività occorrono mezzi adeguati, e mentre lo Stato per tutto il periodo di cura corrisponderà ai malati una diaria oltre gli apparecchi provvisori e definitivi di protesi, non sono escluse altre eventuali provvidenze, oltre, naturalmente, ai soccorsi governativi di carattere straordinario. Dovremo certo fare appello anche alla beneficenza privata e mentre questa senza alcun incitamento ha già dato circa 15,000 lire, credo concorrerà generosamente appena noi lo richiederemo, ed io stimo sarà opportuno richiederlo, per un maggior risultato, appena il Comitato abbia effettivamente iniziato l'assistenza, il che ritengo possa avvenire tra breve ».

**Un'ambulanza da montagna della Croce Rossa Italiana.**

Il 14 settembre alla presenza dei rappresentanti dei giornali cittadini hanno avuto luogo in Roma alcune interessanti esercitazioni compiute dal personale dell'ambulanza da montagna n. 32.

**Giuramento di ufficiali della Croce Rossa.**

A Milano nell'Ospedale territoriale n. 6, Banca Commerciale Italiana, ebbe testè luogo il giuramento degli ufficiali e dei militi della Croce Rossa militarizzati col noto decreto luogotenenziale.

**I nostri eroi.**

Il dott. G. B. Rebuffo è stato degnamente commemorato al Dispensario antitubercolare di Genova, cui egli aveva consacrato la miglior parte della sua operosità.

Alla cerimonia intervenne un pubblico elettissimo. Tenne il discorso commemorativo il professor C. Poli, presidente dell'Associazione genovese contro la tubercolosi. Nell'atrio dell'Ufficio antitubercolare venne scoperta una lapide.

Il dott. Rebuffo si era molto segnalato nella lotta contro il colera a Genova durante l'estate del 1911, quando egli aveva appena conseguita la laurea.

Frutto di osservazioni da lui fatte al Dispensario in unione al dott. De Stefani, è un lavoro presentato all'ultimo Congresso Nazionale contro la tubercolosi: « Sul risultato dell'esame radioscopico in 500 bambini conviventi con tubercolosi ».

Da una lettera che il maggiore del reggimento al quale egli apparteneva scrisse alla madre, stralciamo i seguenti particolari relativi alla morte del giovine e valoroso collega.

« .... Era instancabile nell'opera sua. Aveva da poco assistito il dott. Piccolo del... fanteria, morto anch'esso nel curare i feriti, quando, per adempiere meglio il suo dovere, si avviò verso la linea del combattimento. Camminava diritto verso di essa affrontando a fronte alta la morte e la gloria. E la morte lo colpiva con una palla nel bel mezzo della sua nobile fronte, che veniva in quel momento cinta dall'aureola del martirio...... Egli è morto eroicamente, e come eroe l'ho proposto per la medaglia al valore ».

Il dott. G. B. Rebuffo riposa nel cimitero di Kamno sull'Isonzo, a 4 chilometri da Caporetto.

**Onoranze ad un capitano medico.**

Nella forma più intima, per espresso desiderio del festeggiato e per il rispetto che si deve alla grande ora storica che si attraversa, è stata fatta la presentazione di una medaglia d'oro, di una pergamena con dedica del senatore De Cesare e di un numero unico, che la cittadinanza di Turi (provincia di Bari) ha voluto offrire ad un suo illustre figlio, il giovane capitano medico Vincenzo Orlandi Bussola, che venne ferito gravemente nella ingrata Sirte il 29 aprile ultimo passato, dopo essere stato parecchie volte precedentemente decorato durante la guerra libica.

Alla cerimonia sono stati rappresentati, dal dott. Resta Domenico, la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici ed il presidente professor Silvagni.

**Le epidemie in Serbia nello scorso inverno.**

Il tifo esantematico ed altre malattie hanno mietuto in Serbia un enorme numero di vite. Senza medici nè medicine, senza ospedali se non costruiti in baracche improvvisate, e senza luoghi d'isolamento, la popolazione serba è rimasta preda dei morbi fino a che sono giunti i soccorsi delle Potenze della Quadruplice e la diffusione della mortalità s'è potuta sensibilmente diminuire. I medici stranieri in Serbia hanno compiuto atti d'eroismo che nessuna storia ha ancora registrato. Anche le donne si sono assai distinte nella grande guerra contro i morbi e tra esse una ne segnala la « Nineteenth

Century », una signora montenegrina, la signora Yankovitch, la quale restò sola, assolutamente sola, per più settimane, chiusa dentro una baracca di colerosi, dormendo e cibandosi in mezzo a loro senza paura e allevando tre porci ed alcune galline che dovevano servire per fornire carne agli ammalati ed a lei. Colpita ella stessa dal tifo, fu sul punto di morire e fu salvata a stento dai medici della Croce Rossa inglese.... L'atteggiamento dei serbi verso la morte è pieno d'interesse. Il morto non è subito sepolto in un lontano cimitero e dimenticato. Al contrario si stabilisce una continua familiarità tra i parenti e lui, familiarità che dura anche anni. Qualche volta i corpi dei soldati uccisi in campo sono sepolti vicino alle scuole: così — come spiegò un generale serbo — i ragazzi ricorderanno le gesta degli eroi caduti, i quali saranno utili anche morti... I cimiteri sono spesso posti in cima ad alte colline e in alcuni giorni della settimana diventano luogo di ritrovo delle famiglie dei morti. S'accende il fuoco presso le tombe, si scalda il caffè e si mangiano dolci e si bevono bibite in lieti conversari. Ad intervalli un amico si leva in piedi e pronuncia l'elogio del defunto mentre gli altri approvano e pregano. (*La Vita Sanitaria*).

**Le perdite del Corpo sanitario militare tedesco.**

Secondo una corrispondenza al « Journal A. M. A. » del 25 settembre, fino al 24 agosto le perdite del Corpo sanitario militare tedesco erano: 185 uccisi, 1 morto di avvelenamento da gas asfissianti, 108 gravemente feriti, 302 leggermente feriti, 81 prigionieri, 83 mancanti.

**Un giornale per mutilati in Germania.**

Si è fondato in Germania un giornale per i mutilati e gl'inabilitati dalla guerra. Porta il titolo: « Lazarettzeitung für Kriegsbeschädigten ». Ne è redattore-capo il dott. Pfeiffer e viene edito sotto gli auspici di un'organizzazione di Amburgo, la quale si occupa delle provvidenze a favore dei feriti in guerra. (Dal *Journal A. M. A.*).

**La vaccinazione anticolerosa in Germania.**

Le autorità sanitarie della Germania hanno ordinato che tutti gl'impiegati delle ferrovie orientali dell'Impero vengano inoculati nuovamente contro il colera, poichè si presume trascorso il tempo della immunità efficace conferita dalla prima vaccinazione.

A comprovare l'utilità della vaccinazione anticolerosa, la « Münch. Mediz. Wochenschr. » riferisce che il generale von Ziegler di Vienna, comandante un corpo di cavalleria, è morto recentemente di colera; che egli solo non si era voluto vaccinare contro il colera; che non si è avuto nessun altro caso nella truppa e nell'ufficialità del corpo. (Dal *Journal A. M. A.*).

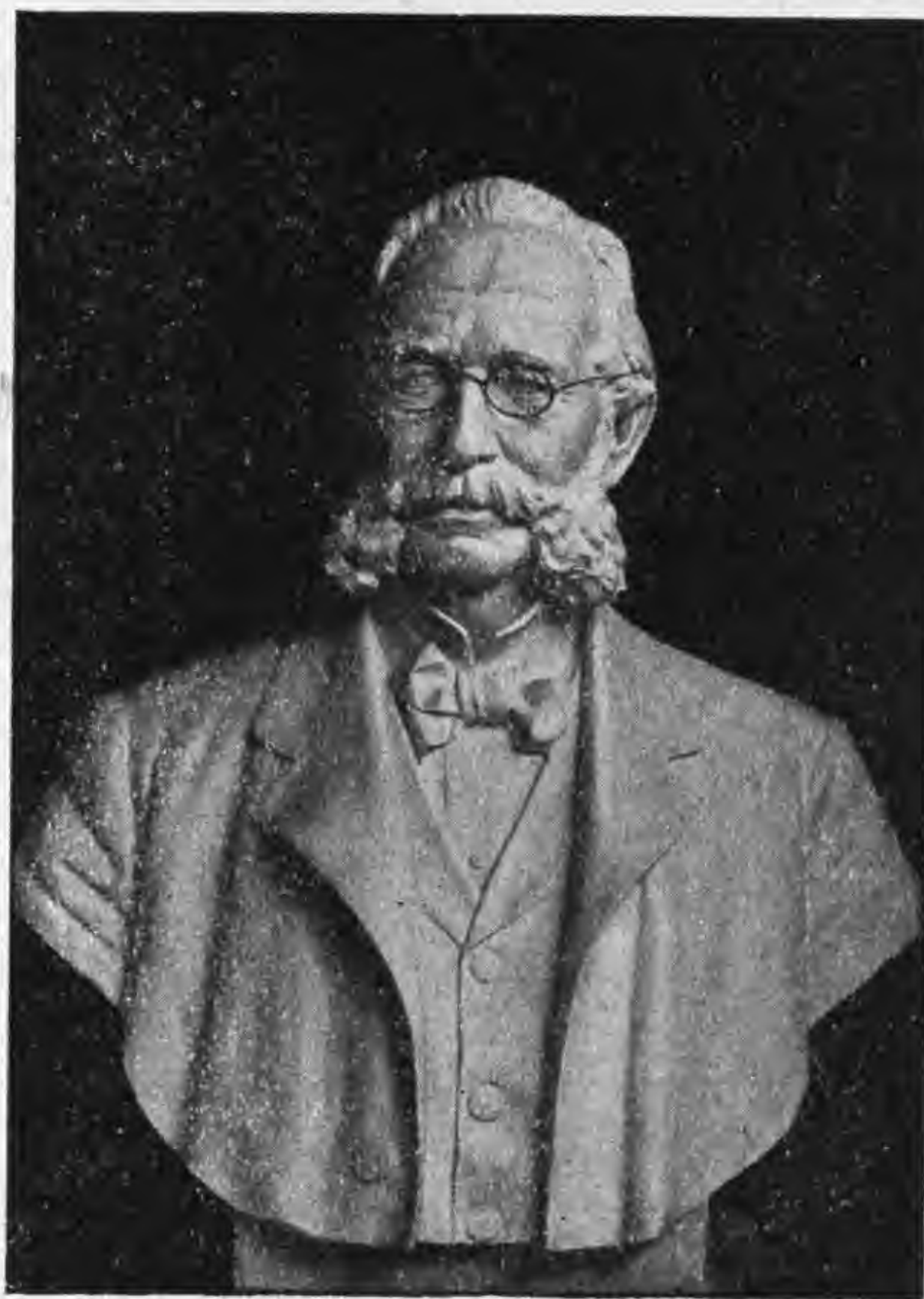
**Condizioni sanitarie di Trieste.**

Si dice che a Trieste abbia corso il colera e che il governatore della provincia abbia diffidato l'ufficiale sanitario capo, dott. Costantini, dal prendere qualsiasi misura preventiva, allegando il motivo che non vi sono fondi da destinare alle spese sanitarie. (Dal *Medical Record*, 18 settembre 1915).

**Giacimenti di radio nel Colorado.**

Il ministro francese degli affari esteri ha inviato all'Accademia delle scienze una nota con la quale segnala la scoperta avvenuta nel Colorado (Stati Uniti) di giacimenti minerari contenenti radio. I giacimenti scoperti son così ricchi che potrebbero dare luogo alla estrazione industriale del radio, che precedentemente era importato dall'Austria. Il radium dovrebbe valere ormai 180,000 lire al grammo anzichè 800,000.

---

Nell'agosto decorso è morto ad Avana (Cuba), sua patria, il dott. **Carlo Juan Finlay,** lo scopritore del compito che nella diffusione della febbre gialla assumono determinate zanzare, le quali poi fu dimostrato appartenere al genere *Stegomya*. La sua teoria fu definitivamente dimostrata da una Commissione americana presieduta dal Gorgas.

Oltre 36,000 furono i morti di febbre gialla dal 1854 al 1901 nella sola città di Habana, mentre dal 1901 al 1908, eccettuati 40 casi, Cuba restò libera dalla febbre gialla.

Tale resultato è dovuto all'applicazione del metodo preventivo del dott. Finlay, che per i suoi meriti ebbe l'onore di essere proposto per il premio Nobel.

Egli discendeva da famiglia scozzese e ricevette l'educazione medica negli Stati Uniti.

Riproduciamo il busto del dott. Finlay che è stato eseguito in Italia (nello Studio artistico U. Luisi e C. di Pietrasanta). Il busto corona il monumento fatto erigere dal Ministero di sanità di Cuba.

---

È morto in età avanzata il celebre naturalista francese **Henri Fabre**, l'incomparabile scrutatore della vita degli insetti.

---

## Rassegna della stampa medica.

*Le Progrès Méd.*, lug. RAMOND e RÉSIBOIS: Trattamento delle meningiti cerebro-spinali. — BABILLOT: Condotta da tenere nelle grandi fratture comminute del femore.

*Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig.*, 30 giu. PUGLIESE: L'alimentazione del fanciullo. — 31 lug. ROMANO: Sulla levitazione del pane.

*Gazz d. Osp.*, 23 ag. BELLOTTI: Due casi di meningite cerebro-spinale guariti con la cura di acido fenico alla Baccelli.

*La Rif. Med.*, 28 ag. NINNI: Virulenza del pneumococco nell'espettorato pneumonitico. — MONTUSCHI: Patogenesi delle nefriti nelle malattie infettive.

*Boll. d. Mal. dell'orecchio, ecc.*, ag. MALAN: Trapianti liberi di fascia lata per riparazione di perdite di sostanza della trachea.

*L'Igiene Sociale*, III. TAMBURINI: Colonia-scuola « Regina Elena ». — JATTA: Topografia del contagio tubercolare.

*Medic. Record*, 14 ag. ISKOWITZ: Vaccini pollinici multipli nella febbre da fieno.

*Riv. Ospedal.*, 15 ag. MAZZITELLI: Preparazione dello « yoghourt ». — SAVIOZZI: Il rene policistico. — VENTURI: Cura chirurgica dell'epilessia essenziale.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 24 ag. GAUTIER e altri: Vino e bevande igieniche nella razione del soldato.

*Gazz. d. Osp.*, 26 ag. ERCOLANI: La cura della pazzia. — RUSSO: Sulla cura della scarlattina.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 28 ag. PIAZZA: La colesterina del siero di sangue nei tumori maligni. — CASTELLI: Menopausa ed apparato circolatorio.

*Pensiero Med.*, 29 ag. BERTOLINI: Reazioni cromatiche delle orine. — BINDA: Alterazioni del cuore nei tubercolosi.

*The Lancet*, 28 ag. Numero sull'insegnamento medico.

*Lo Speriment.*, 30 ag. RONDONI e MONTAGNANI: Lesioni istologiche nel maidismo, nel digiuno e nello scorbuto sperimentale. — D'AGATA: Infezione sporotricosica sperimentale. — RONDONI: Alimentazione maidica ed eziologia della pellagra.

*Giorn. Intern. d. Sc. Med.*, 31 ag. DE SANDRO: Il medico pratico di fronte alle albuminurie. — ALHAIQUE: Storia della chirurgia.

*La Clin. Ostetr.*, 30 ag. NAVARRO: Terapia dell'aborto.

*La Malariologia*, 15 ag. In memoria di Angelo Celli.

*La Presse Méd.*, 30 ag. Coniugi DEJERINE e MONZON: Le lesioni dei grossi tronchi nervosi degli arti in guerra.

*Ann. d'Ig. Sperim.*, III. MINERBI: Campagna antimalarica 1913 nel Dominio Khediviale di Dalaman. — MODIGLIANI: La difterite in Italia dopo la sieroterapia. — FERMI: I varî metodi di cura antirabbica. — GRASSI e MIRALDI: Sull'etiologia del gozzismo.

*Riv. di Med. Leg.*, ag. FERRARINI: I proiettili esplosivi usati dall'esercito austriaco. — LATTES: Le docimasie polmonari e le loro cause d'errore.

*The Boston M. a. S. Journal*, 19 ag. JOHNSON: Sull'allattamento al seno. — BROCK e NORBURYI: Batteriologia delle diarree infettive. — TEN BROCK: Setticemia infantile da bacillo dissenterico.

*Paris Méd.*, 28 ag. Chirurgia di guerra.

*Rev. Ibero-Amer. de Ciencias Méd.*, ag. SANZ: La diagnosi dei tumori cerebrali. — NOVOA SANTOS: Sul meccanismo della reazione di Wassermann. — LÓPEZ-OCANA: Trattamento dell'infezione puerperale coi vapori di iodio. — SLOCKER: Colecistectomia ideale.

*Boll. chim.-farm.*, 30 ag. SIBONI: Arseniati di ferro.

*La Trib. Méd.*, lug.-ag. MARCILLE: La chirurgia del fronte.

*The Journal A. M. A.*, 21 ag., Numero sull'insegnamento. — PECK: Lesioni benigne dello stomaco e del duodeno. — WALKER: Sordità cronica. — GLANNAN: L'occlusione intestinale. — STRAUCH: Ruminazione nell'infanzia.

*Ann. di Nevrol.*, I-II. BOSCHI e ANDRIANI: Combinazioni di malattie mentali con malattie nervose.

*Medic. Record*, 21 ag. CAMAC: Individualismo e costituzione. — MEREDITH: Sull'etiologia della pellagra. — WILLIAMS: « Prurigo nodularis » e lichinificazione con produzione di tumore. — AUER: Sifilide cerebrale.

*The Boston M. a. S. Journal*, 26 ag. GAGE: Infiammazioni tubercolari acute delle glandole ileo-cecali simulanti l'appendicite. — CHRISTIAN e altri: Le malattie del cuore.

*The Journal A. M. A.*, 28 ag. ALLISON: Chirurgia ortopedica e deformità. — DELATOUR: Il cancro del retto: diagnosi e operazioni precoci. — MILLER e ROWNTREE: Studi ematologici nella gravidanza.

*Il Morgagni*, 31 ag. BRUZZI: Ernia diaframmatica in adulti.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

**Anno XXII.** *Roma, 24 ottobre 1915* **Fasc. 43**

# IL POLICLINICO

**SEZIONE PRATICA**

*DIRETTORI:*
Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



**COL 1° NOVEMBRE 1915**

**gli uffici del "Policlinico" si trasferiscono in**

**VIA SISTINA, N. 14-15**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

**Clinica Pediatrica della R. Università di Roma**
diretta dal prof. L. CONCETTI.

## Sulla purificazione del vaccino Jenneriano.

Ricerche cliniche del prof. L. M. SPOLVERINI
1° aiuto e docente.

È noto che uno degli argomenti più validi su cui si poggiano gli antivaccinisti per condurre, anche al presente, la loro campagna contro la vaccinazione obbligatoria è quello della impurità, nel senso batteriologico, del pus che ordinariamente si adopera per la vaccinazione, impurità che rappresenterebbe la causa più comune delle possibili complicazioni — talune delle quali fantastiche — che accompagnano e seguono la pratica vaccinale. Ora non vi ha dubbio che questa — in ispecie pel passato — abbia sempre rappresentato un'obiezione notevolissima, avanzata dagli antivaccinisti, perchè basata su talune constatazioni di fatto, quali ad esempio alcune infezioni cutanee post-vaccinale, alcune adenili, flemmoni, forme setticoemiche, nefritiche, taluni casi di morte improvvisa, alcune anemie successive, ecc. sebbene molto ci sarebbe da discutere, su quanto spettasse veramente al pus vaccinico e quanto a cause perfettamente estranee ad esso. È positivo però che tutti, ed in modo particolare i direttori degli istituti vaccinogeni, si sono sempre preoccupati dell'importante questione, adoperandosi alla ricerca dei mezzi più adatti alla produzione di un pus il più possibilmente puro ed attivo, allo scopo appunto di evitare qualsiasi complicazione o danno anche leggero all'organismo umano.

La pratica attuale, universalmente adoperata, per la purificazione e conservazione del pus vaccinico è, come si sa, basata sull'azione della glicerina; e spetta al prof. O. Leoni di Roma, l'avere pel primo richiamata l'attenzione, nel 1894, sull'azione purificatrice della glicerina aggiunta alla polpa vaccinica a scopo conservativo. Difatti tale aggiunta (miscela idroglicerica al 20 % di acqua) nella proporzione di 3-4

ad 1 di polpa si praticava fin dal 1870 ma semplicemente per conservare la polpa vaccinica; invece il Leoni dimostrò che mentre il vaccino puro contiene numerosissimi germi (stafilococchi, streptococchi, saprofiti, ecc.), questo stesso, glicerinato, dopo 1-4 mesi, pure mantenendosi specificamente attivo, presentava una diminuzione notevolissima dei germi estranei avanti notati. Le ricerche ulteriori di varî sperimentatori confermarono pienamente le osservazioni del Leoni, e Paul, tra gli altri, concluse che il numero dei germi patogeni della linfa vaccinica sta in rapporto inverso dell'età della medesima, e considerava già povero di germi un vaccino che subito dopo la triturazione (operazione che secondo le norme del vaccinogeno di Vienna si esegue tre settimane dopo la raccolta di materiale mescolato con la glicerina) presentava un contenuto batterico inferiore a 3000 germi per cmc.!

Per altro un vaccino simile non viene da noi messo in uso, e lo si tiene ancora a purificare almeno due settimane in ghiacciaia, durante le quali il contenuto dei germi si riduce ad un minimo praticamente trascurabile. Ciò premesso, è facile però comprendere come un tale metodo, per quanto abbia segnato un notevole progresso nella pratica della conservazione e purificazione della linfa vaccinica, pure è ancora lungi dall'ideale, dal punto di vista della sterilizzazione assoluta da germi estranei; inoltre praticamente può talune volte presentare un serio inconveniente, quello cioè di dover attendere qualche mese prima di poter adoperare il pus raccolto, mentre in circostanze speciali potrebbe essere desiderabile ed urgente di averlo subito a disposizione.

Era logico quindi che ulteriori ricerche venissero eseguite nel senso di perfezionare il metodo in uso, ciò che in realtà sembra siasi ottenuto in base ai risultati constatati da Blaxall e Fornet coi metodi da essi proposti, il primo dei quali è basato sull'azione dell'essenza di garofalo, e il secondo su quella dell'etere; sostanze capaci di distruggere i germi estranei contenuti nella linfa appena raccolta, senza attaccare in modo sensibile la vriulenza specifica del vaccino.

Belin difatti ha potuto confermare i buoni risultati ottenuti dal Blaxall, e recentemente da noi anche De Blasi (*Reveu internationale de la Vaccine*, Tours, 1914), studiando l'influenza dell'essenza di garofano aggiunta sia al vaccino già preparato more solito sia alla polpa vaccinica subito nel momento della triturazione, ha concluso nello stesso senso favorevole. Anzi egli ha introdotto una modificazione al metodo originale di Blaxall, per la quale la soluzione garofolata, la glicerina e la polpa vaccinica si vengono a trovare nelle proporzioni di uno: tre: uno. In questo modo la quantità di acqua aggiunta alla polpa è ridotta alla metà di quella che si troverebbe in un vaccino garofolato, seguendo il metodo originale di Blaxall; ciò che costituisce un fatto di notevole importanza sia pratica, perchè così il vaccino è meno liquido, e sia scientifica, perchè è maggiormente garantita la sua attività, come anche Belin ha dimostrato, per molti mesi.

Per altro le osservazioni eseguite con un vaccino così preparato, pur avendo dato dei risultati concordi, non sono ancora tanto numerose (vedi nota citata dal De Blasi); da qui la necessità e l'utilità, trattandosi di un argomento di così alto interesse sociale e scientifico, di estenderle sopra un maggior numero di casi.

Abbiamo quindi creduto opportuno, approfittando dell'abbondante e svariato materiale a disposizione che potevano fornirci le consultazioni municipali dei lattanti, di eseguire le indagini al riguardo sui bambini, *che non avessero subito alcun innesto vaccinico in precedenza*, i quali per altro tutti avessero sorpassato l'età di almeno tre mesi. Non è stata fatta una scelta speciale dei soggetti, cioè dei più floridi, essendoci limitati solo ad eliminare quelli che presentassero affezioni o disturbi acuti di qualsiasi genere; tenendo però conto di quelli, le cui condizioni di nutrizione generale fossero più o meno deficienti (in ispecie in coloro allattati artificialmente) per constatarne appunto le possibili differenze.

Ad un gruppo di questi bambini è stato innestato solo del pus garofolato, ad un altro solo pus ordinario, e ad un altro ancora contemporaneamente pus tanto garofolato quanto ordinario, sia dello stesso ceppo che di ceppi diversi.

Ci dispensiamo dal descrivere la tecnica seguita per la vaccinazione, essendo essa stata quella solita cioè delle leggere scarificazioni al braccio, a cui poi è stata fatta seguire una semplice fasciatura di protezione.

In via ordinaria questi bambini sono stati poi esaminati attentamente al terzo-quarto giorno dopo l'innesto, al settimo-ottavo giorno, nonchè all'undicesimo-dodicesimo, salvo casi speciali. Per ognuno di essi è stato tenuto conto del modo di svolgersi delle pustole, dei caratteri, che esse presentavano, dei possibili risentimenti ghiandolari, della presenza o meno di reazione generale, nonchè di speciali complicazioni; il tutto mettendo inoltre a confronto con l'età, stato di nutrizione generale, della salute, del genere di alimentazione, ecc

I casi studiati sono stati numerosi (circa 300), ma i risultati essendo stati tutti concordi, crediamo sufficiente riportare in un quadro riassuntivo soltanto una parte dei medesimi.

| Numero d'ordine | Nome | Età (mesi) | Peso (gr.) | Condizioni fisiche | Alimentazione | Data dell'innesto 1915 | Numero del vaccino adoperato: normale | Numero del vaccino adoperato: garofolato | Esito: 3°-4° giorno | Esito: 7°-8° giorno | Esito: 11°-12° giorno | Ghiandole sotto-ascellari | Elevazione della temperatura | Complicazioni | Osservazioni |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Iª SERIE. — *Vaccino ordinario.*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | T. Antonia . . . | 6 | 6100 | buone | mista | 22 aprile | 1 | .. | discreto | buono | .. | ingorgate | discreta | assenti | continua accrescimento |
| 2 | M. Roberto . . | 6 | 6660 | id. | id. | id. | 1 | .. | . | discreto | .. | normali | leggera | id. | id. |
| 3 | L. Maria . . . . | 12 | 8380 | discrete | id. | id. | 1 | .. | .. | buono | ancora reaz. | ingorgate | discreta | id. | sosta nell'accrescimento |
| 4 | V. Annita . . . | 6 | 4800 | id. | id. | id. | 1 | .. | scarso | discreto | .. | id. | id. | id. | continua accrescimento |
| 5 | B. Alda . . . . | 7 | 7940 | buone | id. | 29 aprile | 1 | .. | id. | buono | .. | normali | leggera | id. | id. |
| 6 | P. Giuseppe . . | 3 | 4900 | id. | naturale | id. | 11 | .. | id. | ottimo | ancora reaz. | ingorgate | discreta | id. | id. |
| 7 | S. Danilo . . . | 9 | 5950 | scadenti | mista | id. | 11 | .. | assai scarso | discreto | .. | normali | nulla | id. | id. |
| 8 | F. Iolanda . . . | 6 | 6030 | discrete | id. | 13 maggio | 11 | .. | scarso | buono | .. | ingorgate | discreta | id. | id. |
| 9 | S. Pierina . . . | 5 | 5550 | id. | naturale | id. | 11 | .. | discreto | ottimo | ancora reaz. | id. | id. | id. | id. |
| 10 | M. Iole . . . . | 6 | 6100 | buone | mista | id. | 11 | .. | scarso | buono | .. | normali | leggera | id. | id. (gemello) |
| | **IIª SERIE. — *Vaccino garofolato.*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | B. Gino . . . . | 8 | 6950 | discrete | mista | 18 marzo | .. | 8 | scarso | buono | .. | normali | nulla | assenti | continua accrescimento |
| 12 | R. Cesare . . . | 5 | 5450 | id. | artificiale | id. | .. | 8 | id. | id. | tutto finito | id. | leggera | id. | id. |
| 13 | M. Angelo . . . | 7 | 7000 | buone | mista | id. | .. | 8 | discreto | ott'mo | id. | id. | nulla | id. | id. |
| 14 | A. Alessandro . | 6 | 6000 | discrete | naturale | 25 marzo | .. | 9 | scarso | buono | .. | id. | id. | id. | id. |
| 15 | A. Anna . . . . | 19 | .. | buone | .. | id. | .. | 9 | discreto | id. | .. | id. | id. | id. | .. |
| 16 | B. Amleto . . . | 7 | 6400 | discrete | mista | id. | .. | 9 | .. | id. | .. | id. | leggera | id. | progresso catarro bronch. |
| 17 | N. Oscar. . . . | 3 ½ | 5100 | buone | naturale | id. | .. | 9 | scarso | ottimo | .. | id. | nulla | id. | continua accrescimento |
| | **IIIª SERIE. — *Vaccino ordinario e garofolato.*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | P. Ulderico . . | 6 ½ | 7240 | buone | artificiale | 1 aprile | 11 | 8 | .. | ottimo | lieve reaz. | ingorgate | leggera | assenti | continua accrescimento |
| 19 | M. Brunilde . . | 4 | 5490 | id. | naturale | id. | 11 | 8 | .. | id. | id. | id. | discreta | id. | id. |
| 20 | G. Annita . . . | 6 | 6240 | id. | id. | id. | 11 | 8 | .. | buono | .. | normali | leggera | id. | id. |
| 21 | C. Rosa . . . | 8 | 6140 | discrete | misto | id. | 11 | 8 | .. | id. | .. | .. | id. | id. | sosta nell'accrescimento |
| 22 | L. Severina . . | 8 | 7850 | buone | naturale | 15 aprile | 12 | 12 | discreto | id. | .. | ingorgate | discreta | id. | id. |
| 23 | M. Gabriella . . | 22 | .. | id. | .. | id. | 12 | 12 | id. | id. | .. | normali | nulla | id. | .. |
| 24 | N. Dante . . . | 3 | 4940 | id. | naturale | id. | 12 | 12 | scarso | discreto | .. | id. | id. | id. | id. |
| 25 | L. Maria. . . . | 5 | 6050 | id. | id. | id. | 12 | 12 | id. | buono | .. | ingorgate | leggera | id. | id. |

Le esperienze sono state praticate con sei diverse qualità di vaccino, distinte nel protocollo del laboratorio dell'Istituto vaccinogeno di Roma diretto dal prof. De Biasi coi numeri 1-4-8-9-11-12; ed ecco a quali dati ciascun di essi corrispondeva.

N. 1: vaccino ordinario (cioè semplicemente glicerinato) raccolto il 3 settembre 1914; sperimentato nell'aprile 1915 cioè dopo 7 mesi.

N. 4: vaccino tanto ordinario quanto garofolato; raccolto il 19 settembre 1914; una parte garofolata il 14 aprile 1915; sperimentato nella seconda metà del maggio 1915.

N. 8: vaccino garofolato; raccolto il 17 settembre 1914, garofolato il 12 ottobre 1914, sperimentato nell'aprile del 1915.

N. 9: vaccino garofolato; raccolto il 24 settembre 1914, garofolato il 12 ottobre 1914, sperimentato nell'aprile 1915.

N. 11: vaccino ordinario; raccolto il 24 settembre 1914, sperimentato nel maggio 1915.

N. 12: vaccino tanto ordinario quanto garofolato; raccolto l'8 ottobre 1914; in parte garofolato il 12 aprile 1915; sperimentato nel maggio 1915.

*
* *

Dal complesso di tutte le esperienze (comprese quelle non riportate nella tabella), si possono trarre le seguenti conclusioni:

1. Tutti i vari campioni di vaccino adoperato, ancorchè stagionati da oltre 6-7 mesi, si sono mostrati attivi.

2. Il pus vaccinico, comunque garofolato, si è mantenuto completamente attivo anche dopo 6 mesi.

3. I campioni di vaccino normale adoperati hanno provocato una reazione locale notevole, quasi sempre febbre (talune volte abbastanza sensibile 38-38.5) ed ingorgo ghiandolare viciniore evidente.

4. Invece il vaccino garofolato ha prodotto in genere una reazione locale meno intensa e più regolare; quasi mai si è notato risentimento ghiandolare viciniore, e solo elevazioni assai lievi di temperatura.

5. Non abbiamo mai constatato complicazioni di alcun genere nè immediate nè consecutive.

6. In generale la salute dei bambini lattanti ha continuato a mantenersi buona, nonostante la vaccinazione eseguita, come ne fa anche fede l'accrescimento in peso, che si è mantenuto regolare.

7. L'età del bambino da noi presa in esame non ha mostrato alcuna influenza speciale sullo svolgimento e sull'esito della vaccinazione.

8. In via ordinaria nei bambini tendenti all'atrofia tanto la reazione locale quanto la generale si dimostra sempre meno accentuata.



# SUNTI E RASSEGNE.

## NEUROLOGIA.

### Lo stato attuale delle nostre conoscenze intorno all'afasia.

Il prof. G. Mingazzini, il quale già in molti lavori si era occupato delle numerose e complesse questioni riguardanti l'afasia, ha riassunto, in una pubblicazione (*Monatsschr. f. Psych. und Neurol.*, III) il dottrinale dell'afasia e ne ha lumeggiato i punti più importanti, illustrandoli con l'esame di preparati anatomici tratti da numerosi casi finora comunicati.

Riportiamo i dati più notevoli di quel lavoro.

Risulta ormai dalle indagini compiute che la favella, l'ultima e più nobile funzione acquisita dall'uomo, non può fare a meno di altri processi psichici con cui è collegata, sicchè la zona in cui si concentrano le singole immagini verbali è diversa da quella la cui lesione dà origine alla sindrome dell'afasia. Sappiamo che le zone cerebrali della favella sono bensì circoscritte, ma senza limiti netti; esse sono, del resto, più estese di quanto si supponeva, e funzionano — quantunque in diverso grado — in entrambi gli emisferi. Le diversità individuali, dipendenti sia da disposizione congenita, sia dall'esercizio, fanno sì che i vari casi di afasia abbiano caratteristiche differenti, e ostacolano la formazione di schemi scolastici.

È accertato che alla favella presiedono non solo gruppi di cellule, ma anche fasci di fibre; la lesione isolata dei gruppi e dei fasci porta a disturbi sostanzialmente identici, diversi solo per grado; tra le afasie corticali, sottocorticali e di associazione esistono i più vari gradi intermedi, sicchè riesce difficile separarle le une dalle altre.

Un altro concetto comincia ora a farsi strada, che cioè le diverse forme della favella sono connesse fra loro, sicchè l'afasia sensoria dà luogo a disturbi della lettura e della parola parlata e scritta, come l'afasia motoria, anche nella sua forma più pura, si accompagna a incertezza o rallentamento nella comprensione della parola parlata o scritta.

La afasia del tipo di Broca si sviluppa quando è lesa la zona verbomotoria, la quale comprende la *pars triangularis* e la *pars opercularis* della terza circonvoluzione frontale, l'insula anteriore e l'opercolo di Rolando.

Delle fibre di proiezione che provengono da questa zona, alcune (le anteriori) sono fibre fasico-motorie, le quali penetrano nella testa del

nucleo lenticolare; altre (le posteriori) rappresentano fibre fasico-articolatorie, e vanno, attraverso la capsula esterna, nei due terzi posteriori del nucleo lenticolare stesso. La lesione del nucleo lenticolare sinistro darà quindi afasia motoria se è colpita la porzione anteriore, grave disartria, fino all'anartria, se è colpita la regione posteriore. La lesione della regione prelenticolare e sopralenticolare sinistra darà afasia motoria, con impossibilità sia di parlare spontaneamente, sia di ripetere le parole.

La zona verbomotoria di destra funziona più o meno nei diversi individui; e, in caso di lesione della zona omologa di sinistra, può grado a grado assumere una parte della funzione che era compiuta da quest'ultima.

La afasia motrice pura può dipendere anche da una lesione corticale; ma in questo caso è segno che una porzione di corteccia è rimasta illesa, sì da permettere l'associazione con il centro motorio della mano, e lo svolgersi del linguaggio interiore.

La sordità verbale è dovuta a lesione bilaterale dei giri temporali trasversi e delle loro radiazioni sottocorticali. La afasia sensoria è grave, ma incompleta, quando è leso il *gyrus temporalis trasversus posterior* e il terzo posteriore del *gyrus temporalis supremus* di sinistra; diviene completa con la sezione bilaterale della zona di Wernicke.

Nell'afasia sensoria di associazione si riscontra essenzialmente la lesione della sostanza bianca in corrispondenza del centro posteriore dell'afasia; perchè tale afasia si produca occorre infatti la interruzione delle fibre di associazione del lobo temporale sinistro. Perchè si svolga la afasia motoria di associazione è necessaria la lesione della sostanza bianca in corrispondenza del centro motorio della parola. Le forme pure di afasia sensoria e motoria sono rare. La ripetizione delle parole (che è possibile in entrambe queste forme) non richiede l'integrità della regione sottoinsulare, nè dei giri temporali trasversi, ma solo quella della regione sopra- e prelenticolare sinistra, o almeno delle radiazioni del corpo calloso.

In base alle osservazioni cliniche non è possibile escludere completamente la esistenza di una zona (corrispondente alla parte media del giro temporale inferiore), la lesione della quale darebbe luogo alla *amnesia nominum*.

La cecità verbale e l'agrafia non possono venire localizzate in zone speciali. Esse si sviluppano quando sono lesi i vari componenti (verbomotori, ottici, verboacustici) delle funzioni sinergiche da cui origina il riconoscimento del senso delle parole scritte, o il ricordo ideo-cinetico dei movimenti grafici.

Le zone cerebrali la cui lesione dà luogo alle afasie non devono venire identificate con la sede degli engrammi corrispondenti. Questi non possono venir separati dai loro stimoli psichici (associativi); sicchè il linguaggio va considerato come il prototipo di una elevata funzione associativa.

V. FORLÌ.

## Sull'atassia frontale.

(O. FRAGNITO, in *Ricerche di Biologia dedicate al prof. Alessandro Lustig* ecc., Firenze, 1914, 613).

È noto da tempo che i tumori dei lobi frontali provocano spesso un disturbo dell'equilibrio identico o molto simile alla *atassia cerebellare*; l'andatura titubante è stata più volte notata quale sintoma di tumore del lobo anteriore, da additarsi quasi quale segno diretto di focolaio del lobo frontale, e ciò per merito del Bruns. Questi sin dal 1892 insegnava che l' « atassia cerebellare » non merita, come sintoma rivelatore di lesioni cerebellari, il credito di cui gode in generale, potendo presentarsi sotto le stesse parvenze in casi di tumori localizzati in altre parti dell'encefalo, specie nei lobi frontali; e che detta atassia, in determinate circostanze, può essere utilizzata nella diagnosi dei tumori che si svolgono nei lobi frontali.

Bruns rese note quattro osservazioni personali in cui si trovava « quale sintoma principale, il disturbo dell'equilibrio, nella identica maniera come viene descritto nelle affezioni cerebellari » e in due delle quali la diagnosi della sede frontale del tumore aveva potuto farla *intra vitam*.

Poichè tra l'atassia cerebellare e la frontale non vi era alcuna differenza intrinseca, inerente alla modalità del disturbo, alla sua gravezza, alla precocità o tardività della sua comparsa, Bruns utilizzò per la diagnosi differenziale i fenomeni concomitanti. Ecco come indusse la sede frontale del tumore in uno dei suoi casi: « Uomo di 36 anni. Grave oscuramento della coscienza. Papilla da stasi bilaterale. A destra emiparesi con partecipazione del VII inferiore e della lingua; clono del piede a D.; nessuna paralisi a S. Forte atassia; l'infermo cade verso tutti i lati. Malgrado il sensorio ottuso, la percussione del frontale S. riesce sgradevole. Per questo complesso sintomatico posi la diagnosi di tumore dell'emisfero S., presso alle circonvoluzioni centrali. A tale diagnosi fui condotto dalle considerazioni seguenti: l'emiparesi D. poteva essere determinata solo da una compartecipazione del lobo centrale S. alla malattia; ma per una lesione diretta del medesimo i fenomeni di paralisi e di contrattura erano troppo lievi; il focolaio non

poteva risiedere che in prossimità delle circonvoluzioni centrali. I disturbi dell'equilibrio non potevo attribuirli che al lobo frontale o al cervelletto; localizzando l'affezione nel lobo frontale e in vicinanza delle circonvoluzioni centrali, veniva anche chiarita l'emiparesi D. A ciò s'aggiungeva, come sintoma di particolare valore, la dolorabilità dell'osso frontale sinistro alla percussione. Poichè non furono osservati sintomi afasici, io esclusi anche la terza circonvoluzione frontale e diagnosticai un tumore della I e II frontale S. La sezione confermò la diagnosi: si trovò un grosso *sarcoma del piede della II frontale* ».

L'osservazione ulteriore ha accresciuto il numero dei fenomeni concomitanti che possono fare attribuire al disturbo dell'equilibrio provocato da neoplasmi endocranici origine frontale piuttosto che cerebellare. Tali fenomeni in parte sono o si ritengono manifestazioni dirette della lesione frontale (*fenomeni da focolaio*); in parte derivano dall'azione del tumore sulla retrostante zona motrice e sugli organi della base che più facilmente può invadere o comprimere (*fen. di vicinanza*). Appartengono alla prima categoria i disturbi psichici e la deviazione convulsiva dello sguardo verso il lato opposto; alla seconda, le emiplegie e monoplegie, gli accessi jacksoniani, la papilla da stasi unilaterale, eventualmente associata a neuralgia del trigemino ed anosmia dello stesso lato e ad emianopsia omonima incrociata.

A questo punto parrebbe legittimo concludere, che il disturbo dell'equilibrio è, per i suoi caratteri intrinseci, precisamente il medesimo nelle lesioni cerebellari e nei tumori frontali, e che solo i fenomeni concomitanti possono orientare la diagnosi topografica verso l'uno o l'altro organo.

Se non che le ricerche cliniche di Babinski varrebbero a differenziare l'atassia frontale dalla cerebellare per un carattere intrinseco, indipendentemente dai sintomi concomitanti. Per Duret « le trouble de la marche, dit *ataxie frontale*, diffère notablement de l'ataxie cérébelleuse vraie: il s'agit d'une simple oscillation, d'un affaiblissement ou dérobement des jambes, causés par la répartition inégale de la force motrice dans les deux côtes du corps. Il n'y a pas d'asynergie, et les signes de Babinski font défaut dans les tumeurs frontales ».

Inoltre Dejerine distingue l'atassia frontale dalla cerebellare pel fatto che essa non presenta nè adiadococinesi, nè asinergia, nè dismetria, nè disturbi della parola.

Ora, ciò corrisponde a verità nella maggioranza dei casi; ma poichè l'aver dato alla presenza dei detti sintomi del Babinski questo valore differenziale condusse il Fragnito a un errore diagnostico, egli non può consentire nell'affermazione che l'asinergia, la dismetria ecc. bastino a imprimere al disturbo dell'equilibrio, in caso di tumore encefalico, un sicuro marchio cerebellare.

Nel caso occorso all'A. il disturbo dell'equilibrio non consisteva invero di un semplice oscillamento del corpo, ma della tipica *démarche asynergique* descritta da Babinski come caratteristica delle lesioni cerebellari. Così che, posta la diagnosi generica di tumore endocranico, tale disturbo dell'equilibrio sembrava indicare il cervelletto come la sua più probabile sede; rafforzavano tale indizio il tremore intenzionale, i movimenti dismetrici, l'asinergia e l'adiadococinesia dell'arto superiore sinistro, i quali fenomeni non solo dovevano fare escludere, secondo Duret e Dejerine, una localizzazione frontale, ma, presentandosi da un lato, stavano a indicare che la sede del neoplasma fosse nell'emisfero cerebellare del lato omonimo. Nè mancavano a conferma di questa ipotesi i fenomeni di vicinanza, che il neoplasma provoca comprimendo le parti contigue: la paralisi facciale S., la paresi dell'ipoglosso S., la paresi dello sguardo verso S., facevano pensare a una compressione che il tumore dell'emisfero cerebellare S. o l'emisfero stesso ingrossato dal tumore esercitasse sul facciale e l'ipoglosso S. e la metà omonima del ponte. D'altro canto i fenomeni che avrebbero potuto far pensare a una localizzazione frontale erano molto sfumati e, in ogni caso, sforniti del valore patognomonico che si attribuisce ai detti fenomeni cerebellari.

In contrasto con queste previsioni, l'autopsia rivelò un grosso sarcoma del lobo frontale destro, che distruggendo il piede e la parte media della 1ª e 2ª frontale, raggiungeva verso dietro, senza coprirlo, il solco prerolandico. La rolandica anteriore, alla superfice, appariva rispettata dal tumore; ma su un taglio vertico-trasversale a livello della medesima, si vedeva come l'estremo posteriore, notevolmente assottigliato, della massa neoplastica andasse a intaccare il centro ovale del terzo medio di questa circonvoluzione.

Il fenomeno preso in esame in questo studio è adunque molto complesso nella sua patogenesi; onde l'A. conclude:

1) che le cause estracerebellari capaci di provocare un disturbo dell'equilibrio con i caratteri dell'atassia cerebellare non sono soltanto i tumori frontali;

2) che queste cause estracerebellari produttrici di atassia (tumori, ascessi, idrocefalo acquisito) hanno in comune la virtù d'aumentare la pressione endocranica.

Ma se questo è carattere comune tanto ai tumori frontali quanto a quelli delle altre parti dell'encefalo, qual'è la ragione per cui i tumori frontali producono il disturbo dell'equilibrio con frequenza innegabilmente maggiore? In ciò deve intervenire il perturbamento funzionale dei centri motori del tronco, che i tumori frontali sono meglio in grado di provocare. I muscoli del tronco prendono senza dubbio una parte prevalente al mantenimento dell'equilibrio statico e cinetico. Ora, se agli effetti dell'aumentata pressione endocranicca risentita squisitamente dal cervelletto e dalle vie cerebellari i tumori frontali possono aggiungere gli effetti della pressione diretta che sono capaci di esercitare sui centri motori del tronco, si comprende come essi, rafforzando con la loro azione locale le conseguenze della loro azione generale, producano più facilmente che i tumori di altre regioni il disturbo dell'equilibrio. Nè occorre che la funzione dei centri motori del tronco sia completamente interdetta o abolita dalla compressione o dalla distruzione operata dal tumore. Quando ciò accada, si ha qualcosa di più della semplice titubazione: si ha, come nel caso del Fragnito, la paralisi dei rispettivi muscoli e la falsa andatura asinergica.

G. BILANCIONI.

## CHIRURGIA.

### Risultati immediati e prossimi della splenectomia nell'anemia perniciosa.

(LEE, VINCENT, ROBERTSON. *Journal A. M. A.*, 17 luglio 1915).

Recentemente la splenectomia è stata più volte praticata come mezzo di cura nell'anemia perniciosa. Gli AA. nello spazio di due mesi hanno osservato nel West Medical Service sette casi tipici di anemia perniciosa; in 5 di essi Vincent estirpò la milza, mentre negli altri due l'operazione non potè essere eseguita data la gravità estrema delle condizioni generali.

L'età dei cinque pazienti operati variava dai 31 ai 54 anni; diverso era il grado dell'anemia; ma in due essa era così avanzata che si dovette ricorrere alla trasfusione prima di eseguire la splenectomia; i malati si sottomisero volontariamente all'operazione, nonostante si fosse loro spiegato che l'intervento era grave e di effetto problematico.

L'inizio apparente della malattia risaliva a 1 1/2-3 anni.

In tutti e cinque i casi subito dopo la splenectomia si ebbe una intensa, ma passeggera leucocitosi, la comparsa di numerosi normoblasti, di qualche megaloblasto e di corpi di Howell-Jolly (corpiciattoli rotondi, intensamente colorabili nell'interno dei globuli rossi, considerati come frammenti nucleari, e che si osservano, oltre che dopo la splenectomia, anche nell'ittero emolitico congenito). Verso la fine della prima settimana dall'operazione si poteva notare un discreto aumento delle piastrine. Il numero dei globuli rossi e il valore globulare variavano poco nelle prime due o tre settimane; solo verso la quarta settimana si aveva un rapido aumento del numero delle emazie (di circa un milione) ed uno meno rapido del contenuto emoglobinico (10-15 %) onde il valore globulare si abbassava gradualmente sotto 1. Più notevoli dell'aumento numerico delle emazie erano sul principio le modificazioni della loro forma, grandezza e colorazione (diminuita poichilo ed anisocitosi, diminuzione delle forme policromatofile).

Dopo circa tre mesi in 4 casi la conta delle emazie dava 4-5 milioni, l'emoglobina andava dal 73 all'80 %, valore globulare uguale o inferiore a 1. Nel quinto caso il miglioramento era assai meno accentuato, ma il valore globulare era disceso al disotto di 1. Oltre a ciò in tutti i casi la resistenza globulare si mostrava aumentata. Non era invece aumentato il numero delle cellule reticolari, che si osservano, come i corpi di Howell-Jolly, anche nell'ittero emolitico, e sembrano essere espressione di un'aumentata attività del midollo delle ossa.

Alla splenectomia seguiva anche una forte diminuzione della quantità di urobilina fecale (stercobilina), ciò che era indice di una diminuita distruzione di globuli rossi.

Il fatto però che questa quantità era, anche dopo tre mesi, superiore alla norma, insieme con la presenza di forme anomale nel sangue, dimostra che i pazienti, se pur migliorati di molto, non erano però guariti. La presenza di numerosi normoblasti e dei corpi di Howell-Jolly indica in ogni modo una aumentata attività midollare, più che sufficente per sopperire all'aumentata emocateresi.

Il miglioramento sintomatologico consecutivo alla splenectomia era anche maggiore dei progressi osservati nel quadro ematologico: aumento dell'appetito, della forza e del peso, ritorno della capacità al lavoro, ecc.

Nei due casi in cui, dato il grave stato generale, si ricorse alla trasfusione, prima di eseguire la splenectomia, si ebbe, oltre ad un temporaneo ma notevole aumento del numero dei globuli rossi, un notevole miglioramento dello stato generale, che permise di praticare l'intervento.

L'operazione venne eseguita per via pararettale sinistra e non presentò difficoltà notevoli. La milza solo in due casi mostrava un modico aumento di volume: istologicamente le lesioni spleniche apparivano assai scarse (congestione della polpa, presenza di eritroblasti primitivi, non accenni di fibrosi o di pigmentazione).

Concludendo, sulla base di questi 5 casi, gli AA. credono di poter affermare: 1° che la splenectomia negli anemici perniciosi non è un'operazione grave; essa è causa di miglioramento notevole; 2° che tale miglioramento è nella maggior parte dei casi assai maggiore di quello ottenuto con altri mezzi terapeutici.

CHIASSERINI.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## Cheratosi blenorragica del glande

per il dott. GIUSEPPE CASTORINA SANFILIPPO
capitano medico.

È noto come le cheratosi blenorragiche siano delle produzioni cornee e denotino una complicazione rara della blenorragia. Esse sopravvengono nelle forme gravi gonococciche ed hanno sede, più frequentemente, ai piedi ed alle mani.

Una forma di cheratosi blenorragica poco nota, assai rara, che si manifesta unitamente alle gravi infezioni blenorragiche, fu descritta col nome di *balanitis circinata* da Beurmann, Chauffard, Iadassohn, annunziata dal Piccardi (1) al Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia col nome di balano-postite blenorragica e studiata poi da Arning e Meyer Delius (2). Questa forma ha sede sul ghiande, sul solco balano prepuziale ed anche sulla superficie interna del prepuzio.

Le cheratosi blenorragiche che più comunemente si presentano alle mani ed ai piedi sono state descritte da diversi autori (A. Robin e N. Fiessinger (3); Gaugerot e Meaux Saint Marc (4); Chauffard e Froin (5) ed in tutti i casi l'affezione si è manifestata complicata ad artriti blenorragiche piuttosto gravi. Studiate queste cheratosi anche dal lato istologico da Chauffard e Froin, fu riscontrato un leggero grado di ispessimento delle papille del derma con infiltrazione leucocitaria e strati paracheratosici, con essudazione di siero ed infiltrazione leucocitaria considerevole.

Come causa patogenetica predisponente di queste cheratosi alcuni ammettono l'elemento trauma (Gaugerot e Meaux Saint Marc) (1); ma in generale, quasi tutti sostengono la teoria emessa da Chauffard (2) il quale pensa che il gonococco stesso sia la vera causa della manifestazione cutanea; però non è stato mai possibile fare la constatazione del germe nelle lesioni.

In quanto alla cura si è indotti a ritenere di curare l'igiene della parte e di aggredire l'infezione blenorragica generalizzata con antisepsi interna (salicilati).

Ho creduto non inutile render noto il presente caso clinico, che ho avuto la fortuna di poter studiare per consiglio del prof. De Napoli (al quale rendo doverosi ringraziamenti), sia per la rarità della forma, sia ancora perchè la cura specifica col siero antigonococcico da me praticata da dato un insperato successo di rapida risoluzione del processo cheratosico.

La cheratosi in parola fu riscontrata in un ufficiale ricoverato all'ospedale militare di Bologna. Essa era principalmente localizzata sul ghiande ed in parte sul solco balano prepuziale, perciò può denominarsi *cheratosi blenorragica del glande*.

L'ammalato entrò all'ospedale militare di Bologna l'11 novembre del 1914 affetto da blenorragia acuta e da dolori articolari vaghi, specialmente localizzati in corrispondenza del ginocchio destro, il quale si presentava alquanto arrossato, leggermente tumefatto e dolente. Il paziente aveva già sofferto di blenorragia cinque anni prima e si era di nuovo contagiato nei primi giorni di ottobre del 1914. La cura usata all'inizio della blenorragia fu semplicemente locale con iniezioni di permanganato. Verso la metà del mese di ottobre si cominciarono a stabilire le complicanze a carico dell'articolazione del ginocchio destro. Al momento dell'ingresso all'ospedale l'ammalato non presentava nulla di anormale sul ghiande, al di fuori di un arrossamento un po' marcato della parte e di un leggero edema attorno il meato urinario. Solo dopo qualche giorno del suo ingresso in ospedale, l'ammalato si accorse della presenza di speciali formazioni, di aspetto squamoso, che gli erano comparse sul ghiande e sul solco balano prepuziale. Obbiettivamente riscontrai attorno e sotto il meato urinario, sulla faccia dorsale del ghiande e sul solco coronario una zona

(1) PICCARDI. *Di una forma di balano-postite blenorragica.* VII Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia.

(2) ARNING e MEYER DELIUS. *Beitrag zur klinik der gonorrshoischen Hyperkeratosen.* Arch. f. Derm. u. Siphiles. Band, 108.

(3) A. ROBIN et N. FIESSINGER. *Kératose blénorragique des mains.* Société médical des hôpitaux, 17 février 1911.

(4) GOUGEROT e MEAUX. *Kératose blenorragique disséminée.* Annales des maladies vénériennes.

(5) CHAUFFARD et FROIN. *Etude clinique et anatomo-pathologique sur la kératose blénorragique.* Archives de médicine expérimentale et d'anatomie pathologique, septembre 1906, 609.

(1) GOUGEROT e MEAUX SAINT MARC (avanti citato).

(2) CHAUFFARD A. FROIN (avanti citato).

arrossata, irregolare, ricoperta in molti punti da sottili lamelle squamiformi, di una tinta grigiastra, rotondeggianti, avvicinate le une alle altre ed in certi punti confluenti in modo da assumere la configurazione circinata. Al primo insorgere le lamelle si presentavano quasi sotto forma di papulette che facilmente si accrescevano perifericamente con un bordo di aspetto crostoso, netto e rilevato che le distingueva dal tessuto sano. Queste lamelle squamose erano aderenti al ghiande e con un leggero grattamento si potevano anche sgretolare dalla superficie del ghiande alla quale erano aderenti.

Per questi caratteri nessun dubbio può sorgere a considerare la cheratosi nel modo da me indicato poichè i caratteri clinici descritti bastano da soli a differenziare la cheratosi da certe altre affezioni del ghiande che potrebbero presentare dei caratteri di somiglianza con la cheratosi stessa come l'*erpes genitalis,* l'eczema, la balanite erosiva circinata, la psoriasi, il lichen.

L'*erpes genitalis,* facilmente recidivante, è quasi sempre accompagnata da prurito e da iperalgesia spesso molto molesta, ed è caratterizzato da focolai circolari di vescicole che si disseccano rapidamente e guariscono; caratteri che mancano nella cheratosi blenorragica.

L'eczema umido è facile a riconoscerlo e non offre alcun elemento di discussione per la diagnosi con la cheratosi; piuttosto l'eczema cronico squamoso, nel periodo di desquamazione asciutta in piccole lamelle si avvicina, in certo modo, all'ultima fase clinica della cheratosi; però il periodo acuto dell'eczema, anche brevissimo, non può sfuggire all'esame dell'osservatore ed il prurito non manca quasi mai nelle affezioni eczematose. È vero che l'eczema cronico, secco, squamoso ha anche netta delimitazione sulle parti sane e tendenza a diffondersi verso la periferia con formazioni di figure circolari o serpiginose, come avviene nella cheratosi blenorragica, ma l'eczema non è mai semplicemente localizzato al ghiande e generalmente si presenta diffuso alla superficie dorsale delle coscie ed eventualmente anche sull'addome.

La balanite erosiva circinata si differenzia benissimo dalla cheratosi blenorragica per il modo d'insorgere e per l'aspetto umido che presenta. La balanite erosiva quasi sempre si manifesta sul solco balano-prepuziale e meno spesso sul glande; le erosioni producono una secrezione purulenta ed abbondante. Non si presenta sotto l'aspetto squamoso e la configurazione circinata si conserva sempre allo stato umido.

La psoriasi non è mai circoscritta e semplicemente localizzata al glande; si presenta sotto forma di squame stratificate, bianche, di aspetto per lo più madreperlaceo, che si possono anche staccare strisciandovi sopra il dito provocando spesso l'uscita di un po' di sangue al disotto della chiazza psoriasica, ciò che non avviene affatto nella cheratosi del glande.

Il *lichen ruber planus* si differenzia per il suo colore rosso bluastro chiaro; si presenta a focolai costituiti di più chiazze discoidee con sede di predilezione nelle pieghe delle articolazioni; si riesce poi quasi sempre a trovare papule di lichen tipiche, isolate.

Secondo il mio modo di vedere escludo il dubbio della inesatta diagnosi sebbene non mi fu possibile controllare il caso istologicamente non volendo aderire il paziente al mio desiderio.

Ho precedentemente accennato come il metodo di cura da me preferito e che ha dato ottimi risultati, varia sostanzialmente da quello comunemente usato in simili forme. Persistendo il

Fig. 1.

Fig. 2.

dolore nell'ammalato, in corrispondenza del ginocchio e non essendo valsa la cura del salicilato a moderarlo, pensai di ricorrere alla sie-

roterapia. L'ammalato ebbe praticata la prima iniezione di siero antigonococcico il 15 novembre; gli furono iniettati 5 cmc. di siero sotto cute nella coscia destra ed il giorno dopo si manifestò una leggera reazione locale con arrossamento e dolentia della parte. Nessun miglioramento immediato e sensibile si potè constatare al ginocchio ammalato. Scomparsa la reazione locale provocata dalla prima puntura, fu fatta una seconda iniezione di siero di 10 cmc. sulla coscia sinistra, si ebbero fatti di reazione locale e generale un po' intensi, con elevazione della temperatura fino a 39 gradi; reazioni che scomparvero dopo qualche giorno senza alcuna conseguenza. In seguito alle due iniezioni di siero praticate, mentre sensibilmente migliorarono le condizioni del ginocchio, notai contemporaneamente una notevole modificazione del processo cheratosico del glande che, d'altro canto, non era stato influenzato da alcuna cura locale. La forma cheratosica si andava modificando col processo generale infettivo e risentiva l'influenza della cura antitossica specifica. Infatti, mentre nel primo periodo le lesioni blenorragiche a carico dell'uretra e del ginocchio si presentavano sotto una forma acuta, la cheratosi blenorragica del glande si presentava contemporaneamente spiccata nella sua forma, con centro arrossato limitato da un bordo corneo-crostoso e sotto l'azione della cura si modificava nella sua forma e diminuiva di grandezza col progressivo miglioramento del processo blenorragico assottigliandosi sempre più fino a perdere la caratteristica configurazione circinata che in alcuni punti aveva acquistato.

La modificazione di questa cheratosi avveniva quasi per esaurimento dello strato corneo-crostoso che procedeva dalla periferia al centro delle papulette arrossate e finiva con lo sbiadire completamente senza lasciare alcun reliquato sulla superficie del ghiande.

Dal materiale squamoso più volte prelevato e dopo ripetuti esami praticati al microscopio, non potei mettere in evidenza la presenza del gonococco.

Le due fotografie che riporto (fig. 1 e 2) furono fatte nel periodo regressivo della malattia perchè l'ammalato non permise che la fotografia fosse eseguita al primo insorgere della dermatosi. L'aspetto della cheratosi appare modificato e non si rileva la configurazione circinata che presentava nel primo periodo; la lesione si presenta invece in via di risoluzione e non si riscontra quindi che un residuo di essa.

L'ammalato fu dimesso dall'ospedale verso la metà del mese di dicembre del tutto guarito.

La sola terapia antigononoccica in questo caso, mentre è valsa a far scomparire le complicanze artritiche, ha determinato il processo di guarigione della cheratosi stessa e ciò è di singolare importanza perchè può molto indirizzare allo studio etiologico delle cheratosi blenorragiche e convalida maggiormente l'ipotesi non ancora da tutti accettata, la quale ammette che le cheratosi blenorragiche siano complicanze della infezione gonococcica dovuta all'azione diretta del gonococco o delle sue tossine e non delle semplici forme banali di balaniti provocate da insufficiente pulizia del glande.



LAVORI CONSULTATI.

1. ARNING und MEYER DELIUS. *Beitrag zur Klinik der gonorrhöischen Hyperkeratosen*. Archiv. f. Derm. u. Syphiles, Band 108, nn. 1 e 2.
2. A. ROBIN et N. FIESSINGER. *Kératose blénorragique des mains*. Société médical des hôpitaux.
3. BRAULT. *Kératose blenorragique chez un indigéne.*
4. CHAUFFARD et FROIN. *Etude clinique et anatomo pathologique sur la kératose blénorragique*. Archives de médicine expérimentale et d'anatomie pathologique.
5. GOUGEROT e MEAUX SAINT-MARC. *Kératose blenorragique disséminée*. Annales des maladies vénériennes, n. 11.
6. PICCARDI. *Di una forma speciale di balanopostite blenorragica*. Atti del Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia.

## ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### Conversazioni castrensi promosse dal Gruppo di propaganda medica nella guerra.

(Milano - Seduta del 23 settembre).

DEVOTO (Milano). *L'antimonio nel tifo petecchiale.* — Dinanzi alle scarse o nulle risorse terapeutiche del tifo esantematico ammesse ancora dai più recenti studiosi della grave forma, propone che si ritorni ad un vecchio trattamento, a quello coi preparati di antimonio, che vengono oggi largamente sperimentati e con successo in processi infettivi sperimentali e nell'uomo e che ebbero successi veramente felici, nelle mani di Rasori, nella grande epidemia che infierì in Genova nel 1799-1800. Gli stessi risultati favorevoli che si hanno oggi colle iniezioni endovenose di emetina nella dissenteria, non vogliono significare accettazione del concetto che agli empirici ne consigliò l'uso tre secoli addietro, ma semplicemente riconoscimento di fatti nell'ordine curativo.

Se ora si ottenesse nel trattamento del tifo un successo, questo in nessun modo andrebbe inteso come conferma di strane teorie ora cadute, ma semplice rispondenza di atti curativi antichi e moderni. L'obbiezione che il Rasori avesse potuto sbagliare non regge, perchè egli, oltre alle teorie fortunatamente tramontate, risulta in possesso sicuro della patologia del tifo petecchiale che ha arricchita di rilievi acuti e felici, di cui altri poi si attribuirono la paternità; egli era quindi in grado di riconoscere esattamente i colpiti e di imporre il dovuto rispetto alle sue statistiche. Il primo collega che si imbatterà in

uno o più casi di tifo esantematico applichi dunque l'antimonio e poi pubblicamente riferisca dell'esito.

TERNI (Milano). *Vestimenta complementari del soldato.* — Il rincaro della lana in genere e specialmente di quella filata e destinata pei tessuti di difesa dal freddo e dalla umidità, ha spinto i diversi comitati che si occupano con tanto successo di provvedere in diverso modo alle vestimenta del soldato, a ricercare i tessuti che realizzando una vera economia sul costo delle lane, possono offrire condizioni pari o di poco inferiori alla lana nella sua qualità soffice, favorevole alla traspirazione, e protettiva dal freddo ed alla umidità. In generale la scelta è stata finora indirizzata a criteri di economia famigliare, e spettava a noi medici di coordinarla su basi rispondenti alla fisiologia e alla igiene.

Si tratta di economizzare la lana per gli indumenti su cui meno facilmente si può provvedere bene con altri: quindi per le giubbe, cappotto, pantaloni, calze, guanti, ecc.; ma nei panciotti, cappotto da scolta, sacchi da notte, cuffie ed anche manopole, gambali, si può e si deve provvedere altrettanto bene con altri tessuti a base di cotone che è sempre stato preso in considerazione dalla igiene tecnica militare.

L'idea di utilizzare stracci e rifiuti di lana, seta, cotone, ecc. per questi indumenti diremo complementari, è un errore che si riduce in un maggior costo di produzione. Perchè questo materiale raccolto dev'essere prima disinfettato, poi lavato e quindi sminuzzato con apposite macchine per ridurlo di nuovo in fibra per la filatura e torcitura ecc. prima di farne un nuovo tessuto, oppure, anche se utilizzato in falde uso ovatta, il processo di preparazione ne aumenta esageratamente il prezzo rispetto al cotone greggio di cui abbiamo un sufficiente stock per far fronte a qualunque richiesta. Quindi in mancanza della lana l'unico materiale tessile che può sostituirla efficacemente sotto ogni rapporto è il cotone.

Tutte le esperienze degli igienisti confermate dalla pratica hanno dato il primato alla lana come vestimenta sia esteriore che a contatto del corpo per queste condizioni:

1° Come sottoveste assorbe più facilmente il sudore e lo elimina lentamente, quindi protegge meglio il corpo da cause di perfrigeramento.

2° Come vestimento esterno il modo di confezione (spessore del tessuto, prevalentemente peloso) realizza gli stessi effetti per l'acqua piovana, neve, ecc.

Il cotone in tutte le prove di confronto colla lana prende il secondo posto e in condizioni di molto inferiori sia per il raffreddamento come per le proprietà igroscopiche, *perchè le esperienze furono eseguite con tessuti lavorati di lana e di cotone,* vale a dire con materiale *sgrassato.* Ora la lana nel meccanismo di lavorazione risente assai meno l'effetto dello sgrassamento in confronto del cotone, e anche per la natura delle fibre assume un aspetto più spugnoso che costituisce la qualità specialmente utile del tessuto di lana come protezione dal freddo per gli strati d'aria immagazzinati, e contro l'umidità. E si comprende come invece il cotone sgrassato e reso idrofilo per essere trasformato in tessuto risulti assai inferiore per qualità di vestimenta in confronto colla lana. Ma noi possiamo rimediare a questo grave inconveniente adoperando il *cotone non sgrassato,* e quindi assai meno permeabile all'acqua, e tale da costituire un tessuto soffice e spugnoso in cui le qualità che apprezziamo nella lana sono assai accresciute, mentre il costo del vestimento ne viene notevolmente ridotto.

Si tratta di cucire entro due fodere delle falde di ovatta (*cotone cardato non idrofilo*) precisamente come si usa fare dai sarti per *felpare* i soprabiti oppure per correggere i difetti delle vesti dal punto di vista estetico. L'ovatta cucita in falda tra due tele di fodera, costituisce un tessuto che può servire per qualsiasi confezione ed è indicatissimo per panciotti, sacchi da notte, cappotti da scolta, cuffie, ecc. e riesce assai meglio della lana protettivo dal freddo e dalla umidità. Questo tessuto ideato dalla signora Gibelli può essere a volontà reso più o meno pesante secondo il numero degli strati di ovatta: generalmente per climi molto freddi ne occorrono 2-3 al massimo; ma anche con un solo strato la coibenza al calore risulta uguale a parità di peso colla lana, senza detrimento della qualità utile per la traspirazione cutanea. E come copertura esterna (per la pioggia, neve, ecc.) confezionato anche con sole 2 falde e meglio con 3, offre una protezione contro l'umidità che nessuna stoffa di lana (loden o altro) può raggiungere a parità di peso.

Calcolando il prezzo dell'ovatta a lire 1.50 il chilo e tenendo presente anche le altre spese per la fodera e finiture, e mano d'opera, qualunque indumento con ciascun tessuto viene a costare meno della metà di un vestimento di lana di pari efficacia o di egual peso.

Perciò noi ne consigliamo la prova a preferenza di qualsiasi altro succedaneo nel momento attuale sia per l'economia e per i vantaggi intrinseci, come per la facilità di fabbricazione e confezione degli indumenti.

PASINI (Milano). *Per la profilassi delle malattie veneree tra i imlitari.* — Riferisce intorno all'azione esplicata dal gruppo nella sede del III Corpo d'armata per la profilassi delle malattie veneree. Essa si esplicò con quattro modalità: 1° foglietti di propaganda; 2° conferenze nelle caserme; 3° istituzione di un nuovo riparto celtico per ritiro coercitivo della venere vagante; 4° intensificazione delle visite sanitarie nelle case di prostituzione.

Dei *foglietti di propaganda* ne furono stampati centomila; andarono e sono tuttora largamente distribuiti fra le truppe. Oggi ci vengono richiesti dalle più diverse parti.

Le *conferenze* tenute dai dottori Bertarelli, Bellini, Ramazzotti, Bellezza a Milano, a Varese, a Como, a Somma Lombardo, a Lecco, hanno vivamente interessate le truppe chiamate ad assistervi, ed il Gruppo è con vivo compiacimento richiesto di conferenze ulteriori in altri centri e caserme.

Il *nuovo riparto celtico*, creato nell'Ospedale Maggiore, è destinato ad ospitare le prostitute che la Squadra del buon costume raccoglie dalla pubblica via. Accolse finora 237 donne. Di queste 205 furono trovate malate con sintomi contagiosi in atto nella seguente proporzione: 48 sifilide in atto; 109 blenorragia in atto; 13 ulceri veneree; 16 sifilide e blenorragia in atto; 5 ulceri veneree e blenorragia in atto; 3 ulceri veneree, sifilide e blenorragia in atto; 15 scabbia. Questa statistica comprende soltanto le malattie con sintomi in atto. Essa è tale da giustificare pienamente la misura temporaneamente adottata del ricovero coercitivo in riparto celtico fino a guarigione.

La *intensificazione delle visite sanitarie* nelle case di prostituzione si fa attualmente in tutte le case indistintamente. Le visite del medico fiduciario furono portate da due a tre per settimana con l'obbligo al medico stesso di riferire ogni volta alla R. Prefettura il risultato della visita. Queste devono essere fatte in ora non prestabilita e varia ogni volta. Tutte le settimane si fa inoltre una controvisita dall'apposito ispettore, di modo che vi sono quattro visite sanitarie settimanali. Questo provvedimento rappresenta certo un lodevole progresso sul passato, ma non ancora l'*optimum* desiderabile e possibile a raggiungersi. Occorre, a mio avviso e sull'esempio di ciò che fece già buona prova altrove, istituire la visita sanitaria giornaliera. Se ciò non è possibile per tutte le case di prostituzione, se ne scelgano all'uopo alcune, le meno disadatte per ubicazione e condizioni ambienti-igieniche, ed in esse soltanto sia permesso ai soldati di accedere.

Tutte queste misure non possono certo aspirare ad estinguere o ad evitare le malattie veneree nei soldati. Sono però molto opportune e adatte a circoscriverle ed in questa convinzione ci si è con alacrità e costanza adoperati perchè venissero adottate.

G. FORNARIO (Milano). *Semplificazione di tecnica in radiografia.* — La possibilità di ottenere un'immagine radiografica direttamente impressa e fissata su carta se fosse realizzabile (e bene) sarebbe certamente una semplificazione di tecnica utile in molti casi; tanto più se ciò fosse possibile, per qualunque ragione, con qualunque posa, con compressore o senza, con schermo di rinforzo o senza, insomma colle stesse indicazioni e modalità con cui si fanno radiografie su lastre.

Il tentativo non è nuovo, nè del tutto nuovo è in pratica l'uso della carta. Già il Londe, per citare qualcuno, l'adoperava nel servizio di radiologia alla Salpêtrière. Egli usava carte rapide o alla gelatina bromuro, ma lamentava che la più parte delle carte del commercio avessero una tendenza a dare radiografie grigie e senza contrasti sufficienti. Altre case commerciali prepararono carte speciali per tale bisogno, ma da allora la pratica di radiografie dirette su carta, non è certamente entrata nell'uso comune, anzi nemmeno generalmente se ne parla.

Tuttavia non v'è chi non veda subito quali vantaggi di semplificazione, di rapidità, di economia offrirebbe (specie nei bisogni della guerra e nella penuria di vetro) l'uso generalizzato di carta sensibile per radiografie dirette.

L'O. ha perciò sperimentato con interesse una carta preparata dalla casa Tensi, con strato fluorescente, resa prima impermeabile all'acqua, ricoperta quindi di gelatina al bromuro di argento.

Con questa carta, la posa, lo sviluppo, il fissaggio, sono identici come per la lastra; nello sviluppo però dovendosi vincere la durezza dello strato sensibile, è necessario prolungare lo sviluppo fino a che tutto lo strato sensibile sia utilmente influenzato e l'immagine risulti in tutto il suo vigore.

È buona tecnica quindi di bromurare molto lo sviluppo (15-16 gr. per litro); per le stesse ragioni si prolunga alquanto il fissaggio.

Con questi accorgimenti l'immagine radiografica sulla carta avrà lo stesso vigore, pari nettezza, e buon contrasto nei dettagli come colle lastre.

L'immagine ben ottenuta è inalterabile. Con questa carta è possibile ottenere l'immagine radiografia su diversi fogli sovrapposti insino a 16, 20 (in una sola volta) con lieve diversità di forza fra i due fogli estremi.

È possibile inoltre ottenere contemporaneamente l'immagine su di una lastra e su di uno o più fogli di carta. La carta o i fogli di carta è bene siano messi al disopra della lastra, perchè la lastra diminuisce l'intensità dei raggi. Pertanto la carta o le carte lasciano sulla lastra una lieve impronta della loro presenza, pur senza modificare notevolmente l'immagine impressa sulla lastra. Di modo che non si usa il compressore (che limita il campo); è bene la carta sia della stessa dimensione della lastra.

L'O. presenta le prove di radiografie praticate in tutte le diverse contingenze su accennate: radiografie di mani, di piedi, di gomito, di ginocchio, di anca, di testa, di torace, di bacino, in individui sani.

Presenta una radiografia del piede con frattura raggiata della prima falange; una radiografia di mano con frattura del secondo metacarpo; una radiografia di coscia con proiettile (grossa pallottola e scheggia) alla regione esterna del femore all'altezza del grande trocantere.

Presenta una radiografia del gomito con frattura del collo del radio e scheggiamento dell'omero.

Presenta l'immagine radiografica diretta su carta ed un'altra della stessa regione, a condizioni eguali, posa, sviluppo, ecc., su carta ed un'altra in positiva da negativa di un'articolazione di spalla con frattura dell'angolo interno della scapola e della quarta costa.

È un ferito ricoverato con gangrena gassosa della spalla e del braccio: uno di quei casi su cui ritornerà certamente l'amico e collega professor Perez. In esso non era possibile altro che la chirurgia conservativa, dato lo stato generale, la gravità, l'estensione, la sede della gangrena. Nondimeno esso rappresenta uno dei successi più meravigliosi del metodo conservativo sapientemente applicato, poichè l'infermo è assicurato alla guarigione e alla vita e già passeggia pel giardino dell'Ospedale.

In questa radiografia si vedono i minuti particolari della lesione della scapola, con erosione dei bordi ossei della frattura, si vede la frattura della quarta costa e si veggono nitidamente i tagli fatti dal chirurgo nonchè i muscoli del braccio coll'omero denudato.

Presenta inoltre a complemento di dimostrazione un'immagine di mano su carta comune e una su carta speciale, tolte sui fogli sovrapposti, con eguale posa e uguale tempo di sviluppo: la differenza si vede essere immensa.

Presenta l'immagine di radiografie su carta comune e su sei fogli sovrapposti.

Presenta infine 16 immagini di mano su 16 foglietti per notare le differenze tra il primo foglietto e il sedicesimo.

Infine presenta l'immagine radiografica di positiva da lastra sottostante ai 16 foglietti sulla quale si rileva l'impronta delle carte posate.

Tutte queste prove, dopo i primi saggi sperimentali per fissare il grado di sensibilità della carta ai raggi, allo sviluppo, al fissaggio, furono ottenute colla più grande facilità ed in talune prove il resultato è (come si vede) tale che può essere eguagliato dalle migliori radiografie su lastre, ma non superato.

Riassumendo, i vantaggi dell'uso della carta sensibile sono:

1° Una immagine diretta reale.

2° Una maggiore facilità, rapidità e semplificazione di tecnica.

3° Economia di spesa, di tempo e facilità di ottenere più copie contemporaneamente.

4° Risultati pari a quello delle lastre nella maggior parte dei casi, salvo contingenze e finalità speciali, a pari condizioni di posa (fino a 1/10 di secondo) e di apparecchi a disposizione.

5° Economia dello stock di vetro esistente nel Paese, anche in ciò finora tributario dell'estero.

6° La carta non è fragile, è pieghevole, leggera, ed offre innumerevoli vantaggi nella manipolazione e nel trasporto.

Infine la possibilità di scrivere sulla carta brevi appunti o la storia del caso.

Gli esperimenti e le prove furono fatte nel gabinetto di radiografia dall'O. diretto nell'Istituto Iolanda, Ospedale territoriale della Croce Rossa.

PERUSSIA. Conviene col prof. Fornario intorno ai pregi della radiografia diretta su carta sensibile. Egli ha già da tempo esperimentato le diverse carte per fotografia ed ha trovato sopratutto atti a scopi radiografici la Kodak velluto semiopaco ed un nuovo tipo di cartoncini Tensi. Ha dotato l'automobile radiologica di una buona riserva di carta e cartoncini pensando appunto all'opportunità di trasportare un materiale più leggero, meno fragile e più economico delle lastre.

FORNARIO. È lieto della concordanza delle idee espresse dal collega Perussia. Quanto ai resultati ottenuti non crede aggiungere parola alle prove esibite.

INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA

**Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi, Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.**
**Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostri Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.**

*Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:*
**Roma - Via del Tritone, 46 - Roma**

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## DISCUSSIONI E COMMENTI.

### Sulla lotta contro la malaria.

Pubblico questa lettera del dott. Basile, perchè rileva un fatto interessante ed imponente, *la recrudescenza dell'endemia malarica in questi ultimi anni*. Nel mio recente trattato sulla *Malaria* avevo avanzato la facile profezia, criticando i metodi troppo unilaterali di profilassi impiegata.

Mentre dalle colonne di questo giornale mi permetto rivolgere, a cui spetta provvedere, la proposta di dotare gli ospedali di mezzi diagnostici precisi per la diagnosi di malaria e di riprendere con più larghi intendimenti la lotta antimalarica, farò riassumere in un prossimo numero i criteri terapeutici conforme il desiderio espresso in questa lettera.

Ringrazio il collega Basile dell'opportunità che mi offre di toccare quest'argomento.

V. ASCOLI.

*Preg.mo Prof. V. Ascoli,*

Ho letto con molto interesse nel nostro *Policlinico* la sua conferenza: « Le moderne conquiste della clinica della malaria » tenuta a Milano.

Credo mio dovere esporle nel presente momento in cui la patria ha bisogno della cooperazione di tutti i suoi figli le considerazioni a cui la sua conferenza ha dato luogo nell'animo mio.

Ritornato appena dalle Puglie e più precisamente dalla provincia di Lecce ed avendo avuto occasione di avvicinare molte persone viventi in campagna, ho potuto constatare quanto sia diffusa questo anno l'infezione malarica in quella regione, probabilmente a causa delle ripetute ed abbondanti pioggie della fine di estate e dell'autunno in corso.

Data la grande frequenza di malarici primitivi, sproporzionata certamente a quella degli anni scorsi, a me è sembrato che i nostri colleghi non sempre sono pronti alla diagnosi, mancando forse in loro un po' del vecchio allenamento alla clinica della malaria e non disponendo con sufficiente diffusione, specie i colleghi anziani, del sussidio dell'esame del sangue. Accennerò poi soltanto di sfuggita che non sono molti gli ospedali ove tale esame si potrebbe fare. Nè da questo difetto va escluso qualche ospedale militare territoriale di nuova formazione, che pure ospita parecchie diecine di malarici ed è impiantato in paese malarico.

Su un altro punto importante la sua conferenza richiama la mia attenzione, ed è precisamente la terapia della malaria.

Potrei sbagliarmi, ma ho riportato l'impressione che la terapia chinica nei casi da me laggiù osservati si faccia in genere in modo timido e insufficiente. Ho visto propinare ad un malarico di anni 60, sano in tutti gli organi, con accessi febbrili a tipo terzanario a temperature elevate, la chinina nella dose di gr. 0.60 (cgr. 2) *pro die*. E poichè tal dose certamente insufficiente non diede risultati soddisfacenti, ho visto cambiare diagnosi e terapia.

Riporto l'impressione che infermi che potrebbero guarire in poche settimane, restano invece per tali ragioni invalidi per mesi con danno economico grave, nel momento storico che attraversiamo, sia per le famiglie, che per la patria.

Nè credo che il periodo in cui la chinina debba essere somministrata sia sempre ben rispettato, come la biologia del parassita insegna, e la clinica conferma.

Data una tale situazione si comprende di leggieri quanto debba risentirne l'economia della regione, per la deficienza della mano d'opera, assorbita dal gran numero dei richiamati.

Il danno poi è tanto più grave quando si pensi che proprio in questo anno le nostre truppe sono numerose laggiù, per ovvie ragioni militari. È ben vero che la cura chininica preventiva, si fa sia da militari, che da contadini viventi in zona malarica, ma si fa come si può, data la non ancora diffusa convinzione degli abitanti, sicchè molti soldati si vanno infettando di parassiti malarici, e qualche ospedale territoriale di nuova formazione non ospita che malarici. I quali forse non sono sempre curati con quei sani criterî che scaturiscono dalle moderne conoscenze della malaria, appunto perchè siamo in una zona ove al medico manca una grande esperienza di questa malattia, e manca altresì spesso il sussidio dell'esame del sangue.

Per concludere adunque, la sua conferenza mi fa pensare se non sia il caso di diffondere opportunamente in alcune regioni d'Italia da chi ne ha l'autorità e la competenza i principî elementari di diagnosi e di terapia, nonchè di dotare gli ospedali in zona malarica dell'occorrente per un rapido sussidio diagnostico.

L'impresa forse sarebbe promettente di buoni risultati.

Con profonda stima. Dott. G. BASILE.

Roma, 11 ottobre 1915.

## CASISTICA.

### Paralisi di origine chirurgica e ostetrica.

Sunteggiamo diffusamente un pregevole studio di Warren Sever (*Boston med. and surg. Journal*, 1° luglio 1915).

*Paralisi ischemica di Volkmann*. Descritta per primo da Volkmann nel 1869, riportando un caso di atrofia dell'avambraccio e contrattura della mano, successive ad una frattura.

La condizione per la formazione di detta paralisi è una fasciatura troppo stretta; si osserva più frequentemente prima dei 15 anni, in seguito a fratture del braccio (porzione inferiore dell'omero e superiore dell'avambraccio) e talvolta della gamba. Non è stato possibile riprodurla sperimentalmente.

Essa si presenta, dopo che la frattura è stata fasciata con stecche; la parte si tumefà ed il paziente avverte rigidità e cianosi delle dita, mano e avambraccio: quasi sempre vi è un dolore intenso, più di quello della frattura per sè. Se la fasciatura non viene subito allontanata si ha dapprima limitazione, poi perdita dei movimenti, eventualmente anche ulceri da compressione. Se, rimovendo la fasciatura, si nota la pelle molto tesa e la tumefazione notevole, sono consigliabili delle incisioni.

Secondo Volkmann, detti fenomeni sono dovuti ad ischemia incompleta per compressione dell'arteria, e non a compressione del nervo in cui la paralisi si verificherebbe gradualmente, mentre nella sindrone di Volkmann, la paralisi e la contrattura si presentano contemporaneamente. Secondo Murphy invece la compressione da parte dell'essudato e l'ostruzione venosa determinano una miosite, da cui risulta distruzione permanente del tessuto muscolare e contratture con o senza involuzione dei nervi.

Il danno è praticamente compiuto nelle prime 48 ore, però l'estensione della contrattura appare solo più tardi; essa colpisce solamente i flessori. Vi sono quasi sempre ipoestesie o paralisi dei piccoli musocli della mano, dovute ad involuzione dei nervi od a lesioni al momento dell'infortunio. Le modificazioni istologiche si presentano come tipica degenerazione jalina, e scomparsa del tessuto muscolare, in proporzione alla gravità.

Stabilitasi la contrattura, nessuno dei metodi consigliati permette di ottenere un pieno successo, tanto più che, verificandosi la paralisi in età molto giovane, il braccio cresce, mentre i muscoli ed i tendini diventano relativamente sempre più corti. Sono stati tentati l'allungamento dei tendini ed anche l'accorciamento delle ossa; il metodo che offre i migliori risultati sarebbe la divisione dei ventri muscolari, risultandone così l'allungamento dei tendini.

Il trattamento posteriore è di grande importanza e deve essere continuato a lungo: applicazione di una stecca dorsale e palmare per prevenire e ridurre le contratture; elettricità, galvanica e faradica, massaggio e movimenti; raramente però si potrà ottenere una mano bene utilizzabile.

*Paralisi muscolo-spirale*. Può aversi dopo una frattura del terzo medio della diafisi omerale (più raramente in quelle del terzo inferiore o superiore) perchè il nervo resta impigliato nel callo o viene leso da una spina ossea.

Questa grave complicazione si palesa, di solito, quando vengono levate le stecche, con una paralisi degli estensori dell'avambraccio e della mano: questa si trova in pronazione nè è possibile metterla in supinazione.

La paralisi è, generalmente, motrice per il fatto che i rami cutanei abbandonano il tronco nervoso al disopra della frattura: se vi è perdita di sensibilità, si nota nel campo di distribuzione del nervo radiale nella mano; cioè sul dorso fra i metacarpi del pollice e dell'indice.

Se il nervo è leso per la frattura stessa, la paralisi si ha subito, altrimenti si produce gradatamente verso il principio della terza settimana se è impigliato nel callo.

Quando la paralisi è riconosciuta presto, la prognosi è abbastanza buona: solo il 50 % dei casi richiede interventi operativi, con risultati tanto migliori quanto più precoci, quando vi sono lesioni dirette del nervo (strappamento, sezione). In tali casi però non si ha mai ricupero completo della funzione, come si ha invece in quelli di impigliamento del nervo da parte del callo. Anche in questa forma di paralisi il trattamento posteriore (elettricità, massaggio, ecc.) è molto importante.

*Paralisi ostetriche*. Prodotte da lesioni delle fibre del plesso brachiale, risultanti da un parto difficile e causate da un forzato allontanamento della testa dalle spalle, quando si esercita su queste una trazione mentre vi è un impedimento al passaggio della testa, o viceversa.

Secondo Turner Thomas non vi sarebbe una lesione nervosa primaria, ma invece una sublussazione traumatica della testa omerale, con lacerazione della capsula articolare.

Tale però non è l'opinione dell'A. nè di altri, inquantochè la lussazione congenita della testa omerale non è accompagnata da paralisi, mentre possono esserlo la frattura od il distacco dell'epifisi omerale.

La paralisi si riconosce subito dopo la nascita; il braccio pende da un lato, impotente; la

mano in pronazione, il gomito esteso, l'omero ruotato estremamente all'interno, per la contrazione non controbilanciata del sottoscapolare, *latissimus dorsi* e grande pettorale.

Le fibre del plesso brachiale possono essere strappate, oppure compresse da versamento emorragico nella guaina; lo stiramento può però essere accompagnato solo da essudazione sierosa.

Vi sono due tipi distinti di paralisi: l'una — brachiale superiore — la più frequente, dovuta a lesioni dei due segmenti superiori del plesso brachiale, formati dal quinto e sesto segmento cervicale; sono interessati allora il deltoide; sopra- e infraspinoso, brachiale anteriore, bicipite, supinatore lungo e breve; l'altro tipo — brachiale inferiore — è più completo, dovuto a lesioni del settimo, ottavo segmento cervicale e primo dorsale; interessa tutti i muscoli della spalla, avambraccio, mano. Generalmente sono risparmiati il sottoscapolare ed il grande pettorale, che ricevono fibre dal settimo ed ottavo segmento cervicale. Il fatto poi che sono paralizzati sempre il sopra- ed infraspinoso indica che la lesione primaria è nel plesso, poichè il nervo sottoscapolare, che li innerva, si distacca dal plesso abbastanza lontano dalla spalla per non risentire nocumento da qualsiasi essudato si formi nello strappamento della capsula articolare.

Di regola non si hanno alterazioni della sensibilità.

Diagnosticata la paralisi, devesi anzitutto determinare se esistano o meno, frattura, lussazione, distacco epifisario. Hanno importanza per la diagnosi la tumefazione e sensibilità nella regione articolare: quando si trovano nel cavo ascellare indicano la presenza di essudato sulla porzione bassa del plesso. Deve altresì determinarsi la sensibilità alla pressione sulla clavicola, sul decorso del plesso brachiale.

L'ineguaglianza pupillare, eventualmente presente, è dovuta ad una lesione del segmento interno del plesso brachiale, abbastanza alta per provocare stimolo della branca simpatica del plesso cervicale, che comunica col quinto segmento cervicale del midollo.

Il trattamento deve essere anzitutto ortopedico, per evitare consecutive deformità e contratture; quindi elevare il braccio, metterlo in rotazione esterna ed abduzione; la mano in supinazione. Mantenere l'arto in tale posizione con del pflaster o con una doccia, e togliendolo solo quando si fanno il massaggio e gli esercizî, che devono essere ripetuti giornalmente e per parecchi anni. Secondo alcuni sarebbe meglio lasciare al bambino la possibilità di muovere a suo piacimento il braccio, ma l'A. ritiene che un braccio in condizioni anatomiche buone può in seguito essere più utile che uno fissato da contratture.

La contrazione del sotto scapolare e del *latissimus dorsi* provoca spesso una sublussazione posteriore della spalla, che si può correggere con l'osteotomia dell'acromio.

Pazienza, perseveranza e continua osservazione per parecchi anni potranno dare spesso risultati abbastanza soddisfacenti. FILIPPINI.

## TERAPIA.

### Il trattamento abortivo dell'infezione delle ferite.

Su questo argomento di attualità (riferito nel *Bull. de l'Ac. de Méd.* e nella *Presse méd.*, ultimo numero) riassumiamo largamente una comunicazione di Alessio Carrel (che attualmente presta la sua opera in Francia) e dei suoi collaboratori, fatta all'Accademia di medicina di Parigi.

La fiducia nella tintura di jodio e nel pacchetto di medicazione è scomparsa da tempo, poichè l'esperienza ha dimostrato che le applicazioni di jodio non impediscono nè la gangrena, nè le setticemie, nè le suppurazioni interminabili. Sopra 1000 amputazioni, 800 sono determinate non dalla gravità del traumatismo, ma dalle complicazioni infettive. Nonostante si sia riconosciuta l'inefficacia dei trattamenti attuali, nulla di nuovo si è ancora sostitutito ad essi per migliorare le sorti dei feriti, i quali sono sottoposti ai trattamenti più svariati. Si impone quindi l'adozione di un metodo unico ed efficace che protegga i feriti dalle fantasie terapeutiche.

L'infezione delle ferite invece che combattuta deve essere prevenuta e sarà certo più semplice fare abortire l'infezione che escogitare dei metodi efficaci contro la gangrena gazosa, le setticemie, ecc.

È noto che le ferite di scheggie di obice, granate, ecc., sono tutte infette; l'esame batteriologico praticato circa sei ore dopo rivela un numero piccolo di microorganismi, localizzati attorno al proiettile ed ai brandelli di vestito; invece con l'esame praticato circa 24 ore dopo si nota che i microrganismi sono moltissimi ed estesi per tutta la superficie della ferita. Queste constatazioni, del resto facilmente prevedibili, indicano la via da seguire, di disinfettare cioè la ferita al più presto, e di togliere tutti i corpi estranei, usando una sostanza fortemente germicida e non irritante, ed un processo che permetta per parecchio tempo il contatto di questa con i microrganismi.

Tali risultati vengono raggiunti mercè le soluzioni antisettiche preparate col metodo Dakin.

Trattasi sempre di soluzioni di ipocloriti, analoghe a quelle già in uso da tempo (vedi « Policlinico », 1915, n. 40); la novità introdotta consiste nel modo di preparazione, nell'aggiunta di acido borico, e nel modo di applicazione. L'acido borico ha la proprietà di mettere lentamente in libertà l'acido ipocloroso che agisce come antisettico e di neutralizzare la soda caustica che si forma durante la decomposizione. Tale aggiunta era già stata proposta dal professore Giannettasio, che ne ha pubblicato la formola anche in giornali politici. Riproduciamo alla fine le due formole di preparazione di Giannettasio e di Dakin.

*Tecnica d'applicazione.* — Al posto di soccorso, disinfezione della pelle con tintura di jodio; se la ferita è stretta vi si inietta la soluzione di ipoclorito, se è larga si medica con garza bene imbevuta nella soluzione di ipoclorito, badando a non mettere nella medicatura strati impermeabili.

I feriti dovrebbero venir poi portati il più rapidamente possibile all'ambulanza o all'ospedale in cui possano avere l'assistenza chirurgica completa, curando sul posto solo quelli con emorragie gravi e shock. Tutto deve essere organizzato in modo che il ferito arrivi all'ospedale entro le sei ore dalla lesione, poichè ne dipende il successo.

*Pulizia meccanica della ferita.* — Levare immediatamente tutti i corpi estranei, introducendo dolcemente nella ferita il dito con i guanti di gomma o le pinze; fare uso della radioscopia e radiografia, ed eventualmente dell'elettro-vibratore. Quando sia necessario, sbrigliare abbastanza largamente, in modo da facilitare l'esplorazione e la pulizia; evitare però i traumatismi inutili e brutali, quali lo spazzolamento od il raschiamento; procedere ad un'emostasi il più possibile completa e, nelle ferite anfrattuose, specialmente nelle fratture, localizzare i diverticoli.

*Sterilizzazione chimica.* — Non si usi l'acqua di Javelle, che ha un contenuto incostante di ipoclorito e che può contenere del cloro o dell'alcali liberi e che produce, decomponendosi, della soda libera. Fare uso invece degli ipocloriti preparati col metodo di Dakin, in soluzione al 0.5 per cento, che però non deve mai venire riscaldata nè applicata contemporaneamente all'alcool. Si inietta la soluzione con una siringa ordinaria o con pera di gomma tipo Gentile; negli ospedali può servire un apparecchio contagoccie analogo a quello usato per l'instillazione rettale.

L'ipoclorito deve penetrare in tutte le anfrattuosità della ferita ed anche essere costantemente rinnovato, poichè si distrugge a contatto delle sostanze proteiche. Perchè esso penetri in profondità l'A. consiglia l'uso di due sorta di tubi di gomma da 6 mm. di diametro; gli uni hanno un foro a circa 1/2 cm. dalla loro estremità; gli altri ne hanno parecchi e sono rivestiti da un tessuto a spugna. Questi ultimi si introducono nei diverticoli stretti dove il liquido, imbevendo il tessuto a spugna, resta più a lungo in contatto con la superficie della ferita; gli altri tubi si usano per le ferite superficiali e per quelle a larghe anfrattuosità; nel caso di frattura l'estremità del tubo si trova in mezzo ai frammenti. Collocati così i tubi, si riempie la ferita con garza e si prova, iniettando la soluzione di ipoclorito, se questa arriva in tutti i punti della ferita; si termina poi la medicatura con uno strato di cotone *non idrofilo* a traverso il quale passano i tubi.

Ogni ora od ogni due ore si inietta nei tubi una quantità sufficiente di soluzione per mezzo di una siringa Gentile; quando è possibile, si ricorre all'irrigazione continua. La quantità da iniettarsi varia secondo le dimensioni della ferita; questa deve essere ben umettata, senza però che il letto dell'ammalato sia inondato.

Le fratture o le ferite articolari vanno accuratamente immobilizzate, ricorrendo, quando è possibile, agli apparecchi gessati con anse metalliche.

La medicatura deve venire esaminata tutti i giorni e cambiata quando è necessario: assicurarsi che il liquido penetri bene in tutte le parti.

Quando l'esame batteriologico ha dimostrato che una ferita è divenuta asettica, si può procedere alla riunione dei margini, non mediante la sutura, ma con delle strisce di impiastro adesivo, ravvicinando le parti profonde con una medicatura compressiva. Molte ferite non diventano mai sterili e non devono quindi mai venire riunite.

Non esistono ancora delle statistiche sui risultati del metodo descritto; ma l'efficacia di esso è stata dimostrata con esperienze comparative e con l'esame delle modificazioni batteriologiche e cliniche. Sopra due ferite suppuranti di uno stesso individuo si è visto che in quella trattata con la soluzione di Dakin il numero dei germi diminuiva e le secrezioni cessavano, mentre nella ferita di confronto trattata con i soliti metodi non si avevano modificazioni.

In queste esperienze si è veduto altresì che la fagocitosi continuava a prodursi e la cicatrizzazione si verificava malgrado l'uso della soluzione antisettica.

L'esperimento è poi stato fatto su ferite recenti: uno degli esempi più dimostrativi è stato quello di un soldato che aveva ricevuto nella stessa regione, a distanza di qualche centimetro, due frammenti d'obice: venne fatta la medicazione all'ipoclorito; però in una sola ferita si è continuata l'instillazione; ora, mentre questa era morbida ed indolora e senza secrezione purulenta, l'altra suppurò circondandosi di una larga aureola rossa e dolorosa. Altre numerose ferite sono state trattate con lo stesso metodo; in tutte entro 3-5 giorni i germi scomparivano dalle secrezioni, che si facevano poco abbondanti; i tessuti necrosati si dissolvevano rapidamente e, in un periodo di 8-15 giorni, si aveva la completa cicatrizzazione senza la produzione di cicatrici spesse o di cordoni fibrosi duri. Le fratture prodotte dallo scoppio di obici guarirono come delle fratture chiuse.

Condizione necessaria per ottenere buoni risultati, è che il liquido penetri in ogni anfrattuosità; altrimenti, per quanto sia diminuita la infezione, la sterilizzazione non è completa. Sembra dunque che il trattamento abortivo dell'infezione possa attivare la guarigione e sopprimere gran parte delle complicazioni; è probabile che applicandolo rigorosamente si ottenga dai feriti un maggiore rendimento di uomini validi.

Il prof. Sanarelli ha visitato a Compiègne l'ospedale diretto dal Carrel ed ha potuto verificare la rapidità sorprendente e consolante con cui delle ferite, arrivate in condizioni deplorevoli, passano a guarigione. Egli ha avuto la riconferma di tali osservazioni anche in altri ospedali dove è usato il metodo Carrel.

* * *

Formola del liquido Giannettasio: 300 gr. di ipoclorito di calcio si sciolgono in 300 gr. di acqua distillata; gr. 187.5 di bicarbonato di sodio si sciolgono in un litro di acqua distillata. Si uniscono le due miscele in un boccione di vetro colorato da 3 litri, a chiusura perfetta. Si agita di tanto in tanto per 3-4 ore, si lascia sedimentare per altrettanto tempo ed il liquido decantato si filtra attraverso carta. Al filtrato si aggiungono 750 centimetri cubici di una soluzione di acido borico al 3 per cento. Il liquido, leggermente roseo per la presenza di sali di manganese nell'ipoclorito, può essere impiegato puro, ma negli impacchi e drenaggi sarà convenientemente diluito.

Formola del liquido Dakin: gr. 140 di carbonato di sodio anidro (oppure gr. 400 di carbonato di sodio in cristalli) si disciolgono in 10 litri di acqua e vi si aggiungono 200 grammi di ipoclorito di calcio. Si agita la miscela; dopo 1/2 ora si separa per decantazione il liquido chiaro dal precipitato di carbonato di calcio e si filtra attraverso cotone. Si aggiungono al filtrato 40 grammi di acido borico. La soluzione così preparata contiene appunto il 0.5-0-6 per cento di ipocloriti di sodio e non deve esser conservata più a lungo di una settimana.

FILIPPINI.

## MEDICINA LEGALE.

### Medicina legale delle lesioni traumatiche del rene.

Le lesioni renali determinate da un trauma si manifestano sempre con un insieme di sintomi, sui quali il perito deve basarsi per ammettere un rapporto di causa ad effetto tra il trauma e l'affezione renale.

Marqueste raggruppa nel seguente modo questi segni rivelatori:

l'ematuria nel 95 % dei casi;

la percezione di una tumefazione lombare;

la contrattura muscolare;

il dolore intenso ai lombi, che s'irradia verso il perineo;

i disturbi urinarii;

le ecchimosi tardive agli inguini o allo scroto.

Nei casi nei quali questi segni immediati si attenuano, possono persistere alcuni disturbi (ematuria, disturbi urinari, tumefazione lombare) che costituiscono come una catena ininterrotta tra il traumatismo e l'affezione renale tardiva confermata.

In linea accessoria un altro criterio sarà l'assenza all'infuori del trauma di altri fattori etiologici di valore già stabilito nella patogenesi delle lesioni renali.

Dei dati molto positivi darà pure l'esplorazione della funzione renale globale e della funzione di ciascuno dei due reni, ossia il cateterismo ureterale o la separazione delle urine, la prova della poliuria provocata, la ricerca della costante di Ambard, la prova della glicosuria florizinica e dell'eliminazione del bleu di metilene.

Nei casi nei quali in seguito a trauma s'ha la perdita di un solo rene, anche quando la funzione dell'altro rene sembri normale, conviene ammettere una riduzione della capacità professionale sopratutto quando si tratti di operai addetti ad un lavoro faticoso e particolarmente esposti agli infortunii o alle intemperie. In questi casi certo il cambiamento di mestiere

costituisce una misura profilattica, che importa per gli adulti la riduzione della capacità lavorativa comunemente ammessa in caso di cambiamento di mestiere, ossia dal 25 al 35 %.

Una distruzione spontanea parziale del rene, consecutiva ad un trauma non importa alcuna riduzione della capacità lavorativa quando questo rene conservi quasi integro il suo valore funzionale normale. Se questo è diminuito di più della metà si può ammettere dal punto di vista della capacità lavorativa la stessa conclusione data per la nefrectomia totale.

I dati per ammettere la esistenza della nefrite traumatica sono tuttora ancora probativi. Ad ogni modo quando essa si dovesse ammettere bisogna ricordare che la riduzione della capacità lavorativa è molto varia in rapporto all'unilateralità delle lesioni ed al valore funzionale residuo di ciascuno dei due reni; e così da un *minimum* del 25 % si può giungere fino al 70 %.

Non v'ha alcun dubbio sulla esistenza d'idronefrosi, ematonefrosi, spandimenti uro-ematici perineali, infezioni renali e perirenali in conseguenza di un trauma. La valutazione della riduzione della capacità lavorativa in tali casi varia considerevolmente poichè essa è in rapporto con la gravità e l'estensione delle lesioni la loro evoluzione e le complicazioni eventuali.

Una nefroptosi, una calcolosi, una tubercolosi o un tumore maligno del rene si potranno attribuire ad un trauma, secondo Marqueste, solo se i primi sintomi di dette affezioni compaiono qualche settimana dopo l'infortunio o se un'indagine retrospettiva molto accurata farà escludere che l'affezione stessa esistesse in precedenza.

Se il trauma non fa che svelare o aggravare queste malattie in evoluzione, esso dovrà essere considerato responsabile dei fatti acuti ed in particolare della morte che avrà potuto determinare e che senza di esso forse non si sarebbe neppur verificata, ma non si potranno attribuire le conseguenze della malattia, fatali anche senza l'evenienza del trauma. DR.

*Interessante e pratica pubblicazione*:

Dott. ELIO FABBRI

**GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO**

(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. Enrico Morelli, via del Tritone, 46 - Roma.

# POSTA DEGLI ABBONATI.

(565) *Trattamento conservativo delle linfoadeniti tubercolari.* — Desidererei sapere quali sono le migliori soluzioni per iniezioni parenchimali nel trattamento conservativo delle linfoadeniti tubercolari, e in genere il migliore procedimento di cura (escluso il chirurgico) avuto specialmente riguardo alla cosmesi.

Con tanti ringraziamenti.

Figline Valdarno.

Dott. C. Ceccherini - Abb. n. 5138.

Le consigliamo le iniezioni iodo-iodurate alla Durante genuine, cominciando dalla soluzione 0.5 % e passando poi a quelle 1 e 2 %. La formola originaria di Durante è:

| | | |
|---|---|---|
| Iodio metallico | cgr. | 1 |
| Ioduro potassio | » | 2 |
| Acqua distillata | cmc. | 1 |

in fialetta sterilizzata e chiusa a fuoco (per la soluzione 1 %).

T. F.

(566) *La lotta contro il freddo tra i soldati.* — In questo momento in cui per i nostri soldati si delinea un'altra dura battaglia da combattere, quella contro il freddo del prossimo inverno, occorre che anche i medici e tutti quelli che, essendo più a diretto contatto colle truppe combattenti, debbono portar loro soccorso sollecito ed efficace, lo sappiano fare con cognizione più che sia possibile completa.

Il suo giornale ha pubblicato già qualche cosa in proposito e veramente utile e interessante. Vorrei però che mi sapesse indicare qualche libro od opuscolo che tratti più ampiamente di questa materia: immagino che pubblicazioni del genere e recentissime ce ne saranno, specie francesi, utilissime se sono state dettate dall'esperienza della passata campagna invernale.

Intanto la ringrazio e la saluto cordialmente.

Dev.mo: Raffaello Alessandri

Non pare che esistano delle pubblicazioni speciali per le malattie da freddo e per quel che riguarda più particolarmente le congelazioni non c'è che da consultare i più diffusi trattati di chirurgia per trovare materia sufficiente agli scopi cui allude il collega.

Tutto quanto è stato pubblicato dai giornali tedeschi e francesi sugli effetti del freddo nelle rispettive truppe durante la passata campagna invernale è stato largamente riassunto dal « Policlinico », che non mancherà, certo, di portare a conoscenza dei lettori tutto quanto si andrà ancora pubblicando al riguardo.

DR.

(567) *Sul trattamento dei portatori di colera.* — Le sarei gratissimo se nella « Posta degli abbonati » potesse suggerirmi qualche mezzo atto ad affrettare la scomparsa dei vibrioni colerigeni dalle feci dei convalescenti di colera e dei portatori di vibrioni, la cui presenza nelle deiezioni ha tendenza a persistere anche per parecchie settimane, obbligando così tali individui ed anche le persone che ebbero rapporti con loro a lunghe contumacie ed a ripetuti esami batteriologici delle deiezioni intestinali, fino a raggiungimento della seconda e terza prova negativa prima di essere dimessi dai locali d'isolamento.

Ringraziando sentitamente, me Le professo, con ossequio.

Lanzano (Udine).

Dott. Umberto Sandrini.

Di regola il vibrione del colera persiste negli individui che superarono la malattia e anche in coloro che non ne presentarono alcun sintomo, solo pochi giorni.

Non si conoscono mezzi sicuri per affrettare la scomparsa del vibrione dalle feci. Ad ogni modo sarà bene mantenere l'individuo ad una dieta leggera ed insieme corroborante, somministrandogli i fermenti lattici, consigliandogli di bere l'acqua sempre acidulata con acido tartarico o cloridrico, ed eventualmente di fare anche delle enteroclisi con soluzioni antisettiche. Non è mai conveniente l'uso di purganti.

DR.

(568) La formalina, di cui è accennato nel penultimo numero della sezione pratica del « Policlinico » come componente della pasta al tricresolo per l'otturazione dei canali radicolari, vuole essere nella composizione stessa della pasta al 10 %, o come sta in commercio?

Dott. Eugenio Giovannini.

Quale componente della pasta al tricresolo si deve adoperare la soluzione acquosa di formaldeide al 35-40 % la quale viene generalmente indicata, come nella risposta che Ella lesse, con la semplice denominazione di formalina. Se avessi voluto consigliare soluzione di formalina meno concentrata, ne avrei indicato il titolo.

A. C.

(569) Prego indicarmi nella « Posta degli abbonati » un recente testo o manuale di Medicina legale militare.

Abbonato 2164.

Un buon manuale di medicina legale militare è quello del dott. Trombetta, pubblicato dalla Casa Editrice Hoepli. L. P.



# VARIA.

**I problemi alimentari della Germania.** — Salkowski (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 22 marzo 1915) riferisce di aver valutato che il consumo individuale delle sostanze proteiche in Germania prima della guerra era di gr. 92.9 al giorno, e di questa quantità circa il 25 % era importato dall'estero. Queste cifre naturalmente si riferiscono a sostanze azotate completamente utilizzabili dall'organismo.

È stato assodato che tale consumo di sostanze albuminoidee, quasi tutte date dalla carne, è certamente esuberante ed eccessiva nei rapporti dei bisogni dell'organismo, ma ciò non toglie che prevalga nel pubblico l'opinione che l'abbondante alimentazione sia sempre giovevole alla salute. Salkowski afferma che una tale opinione, sopra tutto sostenuta dai commercianti di carni, deve essere tenacemente combattuta.

Se la Germania dovesse fare assegnamento unicamente sulla produzione interna avrebbe per ogni individuo una razione giornaliera di sostanze proteiche di gr. 67.2, razione che è superiore al consumo che se ne fa attualmente che è di gr. 64.6. Continuando quindi in questa misura il consumo di sostanze azotate, la Germania può star sicura senza temere di essere affamata.

Ma anche questa razione sembra troppo alta almeno secondo i calcoli di Chittenden, che ha fissato il bisogno di albumina in gr. 51. A prima vista questa cifra sembra straordinariamente bassa, come sembrano straordinariamente alte le cifre di Pflüger, Bohland e Bleibtren che hanno fissato il bisogno giornaliero di sostanze proteiche in 80-90 gr. Forse la media tra tali dati sta nel giusto.

Ma non bisogna dimenticare che secondo più recenti ricerche anche le cifre di Chittenden sono alte. Gli esperimenti di Hirschfeld, Hindhede e altri hanno dimostrato che in certi soggetti, con certi cibi durante il periodo di prova fu sufficiente una quantità di albumina di grammi 44.36 ed anche di gr. 25 al giorno. Il Salkowschi nei suoi esperimenti trovò che 40 gr. di albumina erano sufficienti. Tuttavia bisogna notare che precedenti ricerche dimostrano che i cani nutriti con basso tasso di albumina per quanto sufficiente ad impedire lo sperpero di azoto, presentano gravi sintomi generali ed una diminuzione di resistenza alla infezione tubercolare. E fu in base a questi fatti che si divulgò il concetto che l'abbondante alimentazione carnea dia sempre dei buoni effetti. Questa teoria ha trovato tanto più credito in quanto che si fonda sopra tutto sul fatto che un soggetto che consuma il minimum di albumina e

soddisfa ai bisogni totali dell'alimentazione con carboidrati e grassi consuma molto più cibo di uno che ha nel suo nutrimento una buona dose di albumina.

In altri termini tanto l'alta quanto la bassa quantità di albumina ha i suoi svantaggi.

Il povero deve ottenere la sua albumina dagli alimenti più economici, e sopratutto dal pane. Il pane di guerra fatto in gran parte con farina di patate è povero di sostanze azotate. Si potrebbe trovare un compenso in un maggiore consumo di latte e formaggio scremati, che sono ricchi di albumina utilizzabile e costano poco. Anche i legumi costano poco e sono ricchi di albumina per quanto meno utilizzabile (circa il 30-40 % va sperperata), ma questo sperpero si può ridurre al 12 % usando invece che i legumi interi la loro farina. Salkowski propende per il pane di farina di fave, che certamente ha un valore nutritivo molto più alto di quello di patate. Bisogna però notare che la macinatura delle fave e dei piselli ne aumenta il costo e che la loro quantità in Germania non è sufficiente ai bisogni attuali.

L'A. accenna all'utilizzazione del sangue degli animali uccisi, il cui uso dovrebbe essere generalizzato, sotto forma di zuppa di sangue conciato con aceto e cotto con frutta secche. Egli ritiene che il sangue era l'ingrediente che dava la tinta scura al pane spartano. Per preparare il sangue come alimento lo si fa coagulare riscaldandolo dopo averlo diluito, lo si disidrata con alcool o etere, lo si asciuga all'aria e poi lo si macina in una polvere sottile. Questo metodo di preparazione ad ogni modo è costoso per modo che l'uso della polvere di sangue difficilmente può esser generalizzato come sarebbe desiderabile, tanto più che essa conserva sempre un certo senso di ghiaia che non lo rende gustoso.

Rosenfeld (*Berliner Klinische Wochenschrift* 29 marzo 1915) cita l'opinione di von Moltke, che in caso di blocco inglese la Germania soccomberebbe senz'altro se non potesse fare esclusivamente assegnamento sulle risorse della sua agricoltura. Ciò però, egli afferma, non deve costituire motivo di allarme perchè l'Inghilterra si troverebbe anche essa in condizioni analoghe perchè i prodotti della sua agricoltura sono molto al di sotto ai bisogni del paese.

Se la Germania importa viveri, ne esporta anche: se importa frumento esporta segala, per modo che tirata la somma essa non si può trovar mai in istato di carestia. Non può dirsi lo stesso per le uova, per le quali essa era tributaria all'Austria, che ora deve provvedere ai propri bisogni, ed alla Russia, le cui frontiere sono naturalmente chiuse: il consumo delle uova deve essere quindi limitato per quanto in misura quasi insignificante.

Lo stesso avviene per il latte ed il burro: la mancanza delle 5000 tonnellate di latte che la Francia mandava ogni anno in Germania è presso che inavvertita: e la mancanza delle 30.000 tonnellate di burro russo ha fatto diminuire la razione annuale di tale sostanza in ragione di circa una libbra a testa.

La Germania d'altra parte ha perduto 18,000 tonnellate di sego di bue e di montone che annualmente riceveva dall'Argentina, dall'America del Nord e dall'Australia ed ha perduto 50,000 tonnellate di aringhe dall'Inghilterra, una quantità non ancora accertata ma certo considerevole di legumi dalla Russia e 215,000 tonnellate di riso dall'India. La mancanza di caffè non è avvertita per il grande immagazzinamento che se ne è fatto prima della guerra ad Amburgo.

Ma non son questi gli articoli che hanno una reale importanza per l'alimentazione delle masse. Solo la mancanza di frumento, segala, orzo, avena, patate, grassi, carni, zucchero o foraggio potrebbe avere effetti veramente disastrosi.

La deficienza di frumento può essere adeguatamente compensata dall'abbondante produzione di segala sopra tutto se se ne limita il consumo come foraggio e se ne fa più forte macinazione. D'altra parte la farina di segala si presta meglio alla mescolanza con la farina di patate, che si può aggiungere fino alla proporzione del 10 %. In questo modo si può largamente ed anche in eccesso provvedere alla mancanza dei 3,000,000 di tonnellate di frumento che veniva annualmente importato.

La Germania ha perduto attualmente 2,500,000 tonnellate di grassi che possono essere adeguatamente sostituiti da 6,000,000 di tonnellate di zucchero, a cui la Germania data la sua potenza industriale al riguardo può benissimo provvedere. E la bietola da zucchero deve esesre coltivata in modo da essere sufficiente per la fabbricazione dello zucchero e per l'alimentazione degli animali. Così si potrà supplire al mediocre raccolto di patate dell'anno scorso, che ammontò soltanto a 45,000,000 di tonnellate e che furono così adoperate: 13,000,000 per il consumo umano, 4,000,000 per distillazione, ed il resto per foraggio. Le quantità di orzo, circa 1,700,000 tonnellate, che residuano ai bisogni della manifattrua della birra, servono come alimento per l'uomo e foraggio per le bestie. Al riguardo l'A. ricorda come si sia fatta in Germania una campagna per la limitazione della fabbricazione della birra, che secondo alcuni costituirebbe un inutile sperpero di orzo e di avena. Il valore nutritivo della birra non è alto,

ed è certo inferiore a quello delle sostanze che si adoperano per la sua fabbricazione. Sarebbe quindi desiderabile che la produzione ne fosse diminuita: il popolo acquisterebbe anche una maggiore abitudine a bere l'acqua, il che non costituisce uno svantaggio.

Per quel che riguarda le patate l'A. ritiene che esse dovrebbero essere esclusivamente utilizzate per l'alimentazione umana, costituire l'elemento essenziale della dietetica di guerra, e quindi la quantità adoperata per foraggio e per la distillazione di alcools ridotta a minime proporzioni.

La enorme resistenza delle truppe russe in questa guerra è attribuita da alcuni alla proscrizione del vodka. E le truppe tedesche, afferma l'A., non ostante la loro superiorità mentale e fisica, devono prendere a tale riguardo a modello i russi.

Per quel che riguarda la carne si osserva che al principio della guerra il numero dei suini e bovini in conseguenza della grande importazione fattane prima del conflitto era eccessiva in confronto delle disponibilità dei foraggi. Il numero dei capi di bestiame era di circa 20,000,000 per nutrire i quali mancavano circa 6-8 milioni di tonnellate di foraggi. Conviene quindi uccidere una certa quantità di animali e sopra tutto suini per il cui mantenimento bisogna consumare orzo e patate, alimenti tanto necessari alla popolazione. La mattazione dei suini più che dei bovini s'impone perchè questi ultimi possono essere sfruttati per la produzione del latte, mentre la carne dei suini ha un maggiore valore nutritivo per il contenuto di grasso. D'altra parte la loro carne si presta di più per la conservazione. L'A. conclude invitando i tedeschi ad essere sempre parchi, a non sciupare nulla, a mangiare solo quello che è puramente necessario, e ricorda al riguardo un vecchio proverbio: «un regime frugale dà forza, mentre la intemperanza indebolisce».

DR.

# IGIENE.

## Ricerca dell'acido salicilico nelle conserve d'uova.

Si trovano in commercio delle uova conservate sia allo stato liquido, sia allo stato polverulento, che ci provengono dall'Oriente e che sono addizionate di antisettici; questa aggiunta non presenterebbe alcun inconveniente se le uova venissero usate per la conciatura delle pelli, ma alcuni industriali poco scrupolosi ne propongono l'uso per la preparazione delle paste dolci e dei biscotti.

(22)

Tra gli antisettici dei quali si fa uso, si trovano il cloruro di sodio, l'acido borico, i borati ed il fluoruro di sodio, la presenza dei quali è facile caratterizzare, ma non è così facile riconoscere l'acido salicilico od i salicilati a causa della composizione delle uova. Ecco un metodo che permette di svelare questo antisettico.

Se si applica alle uova il solito metodo di estrazione dell'acido salicilico, si constata che esso è impraticabile; infatti se si addizionano di un acido minerale le uova diluite in una grande quantità di acqua al fine di mettere l'acido salicilico in libertà, si ottiene un magma che non può essere filtrato; non si può nemmeno pensare ad agitare il miscuglio con etere; che se anche si ammette di poter distruggere l'emulsione che si forma, le sostanze grasse dell'uovo, i lipocromi, la lecitina, il protagone si disciolgono e contribuiscono a mascherare tutte le reazioni ulteriori; è quindi indispensabile d'eliminare prima questi diversi elementi.

A questo scopo si prendono 25 gr. di polvere d'uova, 0.30 gr. di uovo liquido, che s'introduce in una capsula di porcellana di 500 cmc.; si diluisce con 250 cmc. di acqua distillata e si suddivide per mezzo di una bacchetta di vetro; si aggiungono 125 cmc. di una soluzione di soda (25 cmc. di liscivia di soda in 100 cmc.); si scalda a bagno maria per 45 minuti circa agitando di tempo in tempo; dopo raffreddamento si constata che la più grande parte delle albumine, sotto l'influenza della soda, si saranno trasformate in una massa gelatinosa assai consistente, costituita delle alcali-albumine; alla parte superiore del liquido si forma una massa solida risultante della saponificazione dei grassi neutri e della lecitina; si rompe questa massa; si lava con acqua fredda e si aggiunge quest'acqua di lavaggio alla materia gelatiniforme, in antecedenza suddivisa il meglio possibile, per mezzo di una bacchetta di vetro; se il liquido di lavaggio è insufficiente per ottenere un miscuglio assai fluido, si aggiunge ancora un poco di acqua; si agita; si lascia in contatto per dieci minuti, si agita di nuovo e si filtra; si lascia il tutto sgocciolare per due ore; il residuo gocciolato si porta in una capsula, si spappola in un poco d'acqua e dopo 5 o 6 minuti di contatto, si filtra e questo nuovo filtrato si riunisce al precedente.

Questi liquidi filtrati conterranno ancora una forte proporzione di sostanze proteiche, che si precipitano con il fosfotungstato sodico in mezzo acido; ed infatti si rendono questi liquidi nettamente acidi per acido cloridrico e si aggiungono 20 cmc. di soluzione di fosfotungstato sodico (20 gr. di questo sale, gr. 10 di

acido fosforico D. 1.13 e 100 gr. di acqua distillata; si fa bollire per 20 minuti, rimpiazzando l'acqua evaporata, si acidifica con acido cloridrico e si filtra); la reazione è assai lenta, è bene addizionare il reattivo la sera e procedere l'indomani mattina alla filtrazione (a rigore, si può, in caso di urgenza, filtrare anche dopo un'ora). Il liquido limpido viene agitato con etere; si procede ancora per altre due o tre volte successive all'estrazione con etere, si riuniscono le soluzioni eteree lavate, separate e filtrate e si procede all'evaporazione lenta all'aria libera.

Il residuo ripreso con acqua calda (30°-35°) è trattato con allume ferrico: si ha la nota colorazione violetta per presenza di acido salicilico, che può determinarsi quantitativamente col metodo colorimetrico di confronto con una soluzione nota di acido salicilico preparata nelle identiche condizioni.

Questo metodo di estrazione permette nelle conserve d'uova di svelare facilmente gr. 0.002 di acido salicilico per 100 gr. di prodotto.

E. C.

---

# CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

R. BLANCHARD. *La lutte contre la mouche.* Un op. in 8° di pag. 62, con 27 fig. Parigi, presso la « Ligue Sanitaire Française » (72, rue de Rome), 1915. Prezzo fr. 2.

Con ammirevole attività la Lega Sanitaria Francese diffonde alcune pregevoli monografie sull'igiene pubblica e sulla salute dei soldati: tali le istruzioni per l'igiene e per la disinfezione in tempo di guerra. La penna autorevole del prof. Blanchard, presidente della Lega, ci offre ora un importante lavoro il quale giunge a proposito poichè la lotta contro le malattie infettive sul campo consiste in gran parte nella lotta contro le mosche.

Il prof. Blanchard ci fa conoscere un procedimento nuovo, che deriva da curiose esperienze eseguite nelle Scuole americane d'agricoltura e che porta a risultati notevolissimi, con mezzi semplici e poco costosi, tanto che il problema può ormai ritenersi risoluto. Esso consiste unicamente nel modo speciale di disporre il letame. Non modifica per nulla il valore del prodotto, mentre gli insetticidi uccidevano anche i batteri e perciò toglievano al letame le sue più importanti proprietà. Le mosche vengono distrutte nella sorprendente proporzione del 98.5 %.

I poteri pubblici hanno il dovere di prendere conoscenza di questi fatti e di ordinare l'installazione di concimaie secondo i nuovi principî. Nel momento attuale pochi altri problemi sono più urgenti e più fertili di felici risultati per la salute pubblica.

R. B.

Prof. G. COEN-CAGLI. *Lezioni di radiologia orale.* Un volume di 214 pagine illustrate da 78 figure intercalate nel testo e da una tavola fotografica. Tipografia Milesi e Nicola, Milano. Prezzo L. 10.

La radiografia ha assunto nella specialità stomatologica una grande importanza e le sue indicazioni sono infinite costituendo essa non soltanto un prezioso sussidio diagnostico, ma anche un mezzo efficace per facilitare e controllare molti fra i più delicati atti operativi nell'ambito boccale. Lo stomatologo sente oggi continuamente il bisogno di avere l'immagine radiografica del suo campo operativo, si tratti di precisare una linea di frattura del mascellare, o di indagare la lunghezza del canale radicolare di un dente o di seguire il processo di riparazione attorno a un dente amputato o ripiantato.

Le lezioni del prof. Coen-Cagli — dettate agli allievi dell'Istituto stomatologico degli Istituti clinici milanesi — costituiscono appunto per lui una guida pratica, che lo mette in grado, apprendendo della radiologia generale solo quel tanto che è indispensabile, di impadronirsi della tecnica speciale della radiografia dentale e mascellare e di conoscere ed apprezzare tutte le sue indicazioni.

Il libro racchiude una ricca bibliografia — 186 lavori — la quale comprende, si può dire, tutte le pubblicazioni di radiologia stomatologica apparse dal 1895, epoca della scoperta dei raggi X, fino al principio dello scorso anno.

PIPERNO.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

VALLARDI C. Sarcoma angiomatoso pleuro-polmonare a sindrome mediastinica. — Milano, 1915.

CIMINO TEBALDO. Ipertrofia prostatica e prostatectomia. Stato odierno delle cognizioni. — Palermo, 1915.

CEVIDALLI ATTILIO. — Eugenica e codice. (Prolusione). — Milano, 1915.

ASCOLI VITTORIO. Le moderne conquiste della clinica della malaria. (Conferenza). — Milano, 1915.

ASCOLI VITTORIO. Malaria congenita. — Firenze, 1915.

SGOBBO F. P. Necessità di provvedere utilmente al servizio röntgenologico nell'esercito, e specialmente in guerra. — Perugia, 1915.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Opera di solidarietà e di pietà per i colleghi in guerra.

Abbiamo già pubblicato nel nostro giornale la lettera indirizzata dal presidente della Federazione degli Ordini dei medici ai presidenti degli Ordini d'Italia, lettera con la quale egli nobilmente esponeva i criterî da seguire per portare il soccorso morale e materiale ai colleghi fatti prigionieri o feriti in guerra, ed alle famiglie di quelli caduti sul campo dell'onore. Abbiamo fatto seguire anche la prima nota di offerte.

L'intelligente, zelante attività del prof. Silvagni, la cui opera riuscì tanto efficace per i medici della Marsica e per quelli del Belgio, le vittime della cieca brutalità della natura e dell'uomo, ci assicura che ai colleghi prigionieri del nemico sarà sempre dato il conforto della di quelli caduti sul campo dell'onore. Abbiamo fatto seguire anche la prima nota di offerte.

Lo spirito di solidarietà che ha sempre animato la classe sanitaria italiana, ci affida che largo sarà il contributo materiale a favore di quei colleghi che per ragion della guerra avranno menomato l'esercizio professionale, a favore delle vedove, degli orfani di quei colleghi che immoleranno sull'altare della patria con la propria vita il benessere dei loro cari. Sarà un contributo che varrà a lenire il disagio economico in cui sono caduti parecchi dei nostri colleghi in seguito al richiamo alle armi.

In Francia si è istituita con tali intenti una *Cassa d'assistenza medica della guerra,* che ha già raccolto per spontaneo contributo dei medici più di 110,000 lire.

In Italia l'impulso generoso non sarà da meno. Il presidente della Federazione ha dato un ottimo incitamento con la sua cospicua offerta personale. Il primo elenco di oblatori è promettente.

E daranno tutti. Daranno i medici che si trovano nei reggimenti, nelle unità da campo e sulle navi, quelli più degli altri esposti ai pericoli e alle insidie della guerra: essi provvederanno così ad assicurare ai colleghi ed alle loro famiglie il doveroso ausilio della classe.

Daranno quei medici cui l'ingegno, la volontà, la fortuna ha assicurato una posizione professionalmente eminente.

Daranno tutti quei colleghi che, richiamati o non sotto le armi, son potuti rimanere nelle loro residenze e continuare così ad attendere ai loro uffici, alla loro attività professionale notevolmente aumentata per l'assenza dei numerosi colleghi inviati nella zona di guerra.

Per costoro, per i quali la guerra è stata una ragione di aumento di guadagni, dare e dare generosamente, più che una questione di patriottismo e di solidarietà, è una questione di moralità.

L'ora che volge non consente grettezze, questa è l'ora dei propositi e degli atti generosi, l'ora dei sacrificî e delle rinuncie. E chi, benchè involontariamente, può trar profitto da questo tragico stato di cose per avvantaggiarsi economicamente, ha più degli altri il dovere, l'obbligo imprescindibile di prodigarsi per i colleghi che dànno alla patria tutto, la professione e la vita, gli affetti e la salute.

E bisogna che ognuno oltre a dare chieda agli altri, inciti gli inerti, i dubbiosi, gli incerti. Ognuno si faccia il propagandista di quest'opera di bene, il raccoglitore di somme grosse e piccole, assillando di richieste i colleghi senza temere di sembrar petulante o noioso, senza cessar mai fino a quando non sia riuscito nell'intento.

Nessun mezzo bisogna tralasciare per assicurare la riuscita di quest'opera di doverosa solidarietà, alla quale si è oramai legato il buon nome della classe medica.

*Per le cure dentarie ed apparecchi di prostesi dentaria e mascellare ai soldati e marinai feriti in guerra, ricoverati negli ospedali della Croce Rossa in Roma.* — Il prof. A. Chiavaro ha diretto al senatore duca don Leopoldo Torlonia, presidente del Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, una lettera in cui gli comunica di aver ricevuto dal dott. N. S. Jenkins, degli Stati Uniti d'America, la somma di cinquecento lire, destinate al Comitato della Croce Rossa Italiana, perchè vengano spese *esclusivamente per cure dentarie ed apparecchi di prostesi dentaria e mascellare,* che possono occorrere per i nostri valorosi soldati e marinai feriti in guerra; di averne tolto occasione per promuovere tra i colleghi di Roma (inviando loro una circolare) una sottoscrizione allo stesso scopo, raccogliendo l'ammontare complessivo di lire 1675, da lui rimesse al senatore Torlonia.

Riportiamo la circolare:

6 ottobre 1915.

*Egregio Collega,*

Il venerando dott. N. S. Jenkins, l'inventore delle intarsiature in porcellana, che tutta la classe odontoiatrica ama ed ammira per gli alti meriti professionali e le rare doti individuali, passando da Roma diretto in America mi con-

segnò lire cinquecento da erogarsi a beneficio di questo Comitato della Croce Rossa Italiana, perchè vengano spese *esclusivamente per cure dentarie ed apparecchi di prostesi dentaria e mascellare*, che possono occorrere per i nostri valorosi soldati e marinai feriti in guerra.

Nei combattimenti di trincee i feriti ai mascellari sono molto numerosi; parecchi già ne ospita la nostra città e per la cura di ciascuno di essi si richiede la costruzione di apparecchi speciali: o per l'immobilizzazione di mascellari fratturati, o per la sostituzione di frammenti di osso perduti. Per la maggior parte dei soldati feriti sono inoltre necessarie cure dentarie e spesso occorrono anche apparecchi di prostesi dentaria.

Noi odontoiatri possiamo comprendere meglio di altri la necessità di provvedere a queste cure con mezzi adeguati al bisogno; perciò, prima d'inviare alla Croce Rossa l'offerta generosa del dott. Jenkins insieme col mio obolo, ho voluto rivolgermi ai colleghi di Roma, pensando che anch'essi vorranno certamente contribuire con piacere a questa opera di nobile carità, che in questo momento è anche opera altamente patriottica.

Io consegnerò al Comitato della Croce Rossa il 15 corrente la somma raccolta. Se Ella desidera partecipare a questa speciale sottoscrizione potrà dunque farmi pervenire prima di quel giorno la sua offerta e se desidera schiarimenti può chiedermeli anche per telefono.

Delle somme che riceverò rilascerò ricevuta ed i nomi degli oblatori verranno trasmessi al Comitato della Croce Rossa e pubblicati.

Collegiali saluti.

Prof. ANGELO CHIAVARO.

Alcuni odontoiatri ed odontotecnici risposero nobilmente all'invito, ed altre persone, che vennero per caso a conoscenza di questa speciale sottoscrizione, vollero anch'esse generosamente e spontaneamente parteciparvi, comprendendo l'importanza e l'utilità delle cure dentarie ai soldati e marinai feriti.

Diamo i nomi degli oblatori e le loro offerte:

| | | |
|---|---|---|
| Dott. N. S. Jenkins | L. | 500 |
| Sig. Egisto Bruschi, odontoiatra | » | 10 |
| Sig. Aldo Melosi, odontotecnico | » | 5 |
| Sig. Guglielmo Lorentz, odontoiatra | » | 50 |
| Prof. cav. uff. S. B. Piergili della Regia Università di Roma | » | 200 |
| Un odontoiatra, che desidera non venga pubblicato il suo nome | » | 10 |
| Cav. Luigi Dell'Innocenti, odontoiatra | » | 25 |
| Sig. Ugo Tilli, odontotecnico | » | 50 |
| Sig. Benedetto Moretti, odontoiatra | » | 10 |
| Dott. Philip Suriani | » | 25 |
| Sig. Edoardo Oderio, odontoiatra | » | 25 |
| Sig. Vincenzo Torre | » | 100 |
| Sig. Givanni Verri, odontoiatra | » | 50 |
| Dott. Gualtiero Fiordelmondo | » | 100 |
| Sig.a Emilia Savini, odontoiatra | » | 10 |
| Donna Flaminia dei duchi Torlonia | » | 5 |
| Prof. Angelo Chiavaro | » | 500 |
| Totale | L. | 1675 |

Le ulteriori offerte sono da inviare al professore A. Chiavaro.

*Pensioni e indennità a sanitari e loro vedove.* — La Direzione generale degli Istituti di previdenza pubblica il seguente elenco delle pensioni e delle indennità conferite ai sanitari, loro vedove e orfani, durante il secondo trimestre 1915.

Rivabella Tomaso, pensione, L. 2834 — Siliotti Giulio, id., L. 2629 — Floridi Ersilia vedova dott. Mazzolini, id., L. 671 — Virano Margherita ved. dott. Andreoli, pensione, L. 1077.51 — Mereu Salvatore, id., L. 1077.51 — Bellucci Paradisa vedova dott. Pateracchi, id., L. 1147.50 — Cristofori Giuseppa ved. dott. Giustiniani, id., L. 1314.50 — Orfani del dott. Giustiniani, id., L. 1314.50 — Visca Alessandro Francesco, id., L. 1225 — Musso Secondo id., L. 1923 — Corradini-Rovatti Luigi id., L. 3260.92 — Lolli Barbara ved. dott. Bergamini, id., L. 582 — Gabriele Domenico, id., L. 1210 — Mazzucchetti Livia e figlio ved. ed orfano dott. Baruffaldi, indennità, L. 959.37 — Savio Maria ved. dott. Vecchio, id., L. 1735.64 — Raulli Biagio, pensione, L. 2834 — Locatelli Ercole, id., L. 802 — Ibba Felice, id., L. 3000 — Canepa Rodolfo, id., L. 1812.65 — Castello Maria Carmela ved. dott. Bardelli, id., L. 433. (Dall'*Avvenire Sanitario*).

## AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

### Consiglio Superiore di Sanità.

Il giorno 4 ottobre si è riunito in sessione straordinaria il Consiglio Superiore di Sanità sotto la presidenza dell'illustre prof. on. Guido Baccelli.

* * *

Si è occupato di molti ricorsi prodotti al Ministero da farmacisti, avverso i decreti dei prefetti, emanati in applicazione della legge 22 maggio 1913, n. 468.

* * *

In materia di *aumento di onorario ai medici condotti*, deliberati dalle Giunte provinciali amministrative, il Consiglio ha rigettato i ricorsi presentati dai Comuni di Rocca Imperiale (Cosenza), Grumo Appula (Bari), Sant'Agata di Esaro (Cosenza), Cassano all'Ionio (Cosenza) (per quanto riguarda le condotte delle frazioni Lauropoli e Doria); Schiavi nell'Abruzzo (Chieti), mantenendo fermo, di conseguenza, l'aumento accordato.

Nei riguardi di Grumo Appula il Consiglio ha fatto voto che, appena possibile, il Comune riduca il numero delle condotte mediche.

Inoltre ha dichiarato irrecivibile perchè tardivamente prodotto e perchè la deliberazione della Giunta comunale che lo autorizzava non

fu ratificata dal Consiglio, il *ricorso* del Comune di Troina (Catania) avverso la deliberazione della G. P. A. che aumentava l'*assegno all'ufficiale sanitario*.

Ha accolto il *ricorso* del Comune di Bitritto (Bari) contro la deliberazione della G. P. A. che aumentava l'*onorario ai medici condotti*. Per una *convenzione tra medici e Comune*, i medici stessi si ripartiscono l'assegno stabilito per una sola condotta che si ritiene sufficiente ai bisogni, dato l'esiguo numero di abitanti.

Ha accolto il *ricorso* del Comune di Vedelago (Treviso) avverso la deliberazione della G. P. A. che accordava un nuovo aumento all'*onorario dei medici condotti*, perchè non furono dalla G. P. A. sentiti nuovamente, al riguardo, il Comune ed il Consiglio provinciale sanitario secondo quanto prescrive l'art. 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

Ha dichiarato inammissibile il *ricorso* del Comune di Modugno (Bari) contro l'aumento di *onorario ai medici condotti*, perchè non risulta che il Sindaco abbia avuta l'autorizzazione a ricorrere da parte del Consiglio comunale.

*
* *

In materia di *aumento di onorario a veterinari condotti*, deliberati dalle G. P. A., il Consiglio ha respinto il ricorso del Comune di Noicattaro (Bari); ha dichiarato inammissibile il ricorso (anche infondato nel merito) prodotto dal Presidente del Consorzio di Capracotta ed Uniti (Campobasso), perchè il Presidente del Consorzio non ha veste a ricorrere. L'assemblea consorziale non ha ingerenza sulla determinazione dello stipendio al sanitario: onde non può avere competenza nei ricorsi in tale materia che debbono essere avanzati dai Comuni.

Rimangono, così, fermi gli aumenti deliberati.

Ha accolto invece il *ricorso* del Comune di Boscoreale (Napoli) perchè la G. P. A. nel suo deliberato omise di prendere in esame le condizioni finanziarie del Comune stesso e le altre fonti di reddito del veterinario secondo quanto prescrive il testo unico delle leggi sanitarie.

*
* *

Il Consiglio ha esaminato, inoltre, il *Regolamento* per la Casa di Salute per alienati « Fleurent » di Napoli, le proposte di modificazione a *zone malariche* nei Comuni di Pontelandolfo e S. Agata dei Goti (Benevento) e numerose domande di *privative industriali*.

*
* *

In ultimo, il Consiglio, ha espresso all'illustre Presidente prof. Baccelli le più vive condoglianze per la sventura che lo ha colpito con la recente perdita della sorella, ed ha ricordato una delle grandi benemerenze di lui, quella di aver preconizzato e proposto un *metodo di cura contro il tetano con le iniezioni di acido fenico*, che riduce notevolmente la mortalità per tale malattia.

Numerose esperienze italiane ed estere, e le statistiche ultimamente pubblicate in Francia, dove il metodo fu usato nella cura dei soldati feriti in guerra, ne provano i brillanti risultati.

Il Consiglio, unanime, ha rivolto i sentimenti di riconoscenza al prof. Baccelli, facendo voti perchè questo metodo — soltanto italiano — sia usato anche a vantaggio dei nostri soldati che combattono per la Patria.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5582) *Legalità di una deliberazione consiliare*. — Il Dott. R. Z. da B. S. P. desidera conoscere se sia valida una deliberazione del Consiglio comunale adottata con l'intervento di 7 consiglieri sui 15 assegnati al Comune di cui uno è sotto le armi e l'altro è da tempo dimissionario, e se contrasti col disposto dello articolo 24 del testo unico delle leggi sanitarie la concessione di un compenso al medico condotto per la estrazione dei denti.

L'articolo 127 della vigente legge comunale prescrive che i Consigli comunali non possono deliberare se non interviene la metà del numero dei consiglieri assegnati al Comune. Detto articolo non fa eccezione pel caso che vi sieno consiglieri dimissionari, per modo che anche se questi, come nel caso, vi fossero debbono sempre valere per formare il numero necessario per la legalità dell'adunanza. Se fra i 15 consiglieri assegnati al Comune vi fossero 3 dimissionari, per la legalità della adunanza occorrerebbe sempre l'intervento di 8. Circa il consigliere che trovasi sotto le armi, il decreto luogotenenziale del 27 maggio ultimo, n. 744, consente che di esso non tengasi calcolo solo nei casi previsti dagli articoli 190, 259 e 310 della legge comunale, ma nel valutare il numero necessario per rendere valida l'adunanza, ipotesi prevista dal precitato art. 127. Per tal verso il decreto del Prefetto con cui ha annullata la deliberazione consigliare è pienamente legale. Non urta col disposto dello articolo 24 della legge sanitaria la concessione di un compenso al medico condotto per la estrazione dei denti, perchè tale funzione non è implicitamente contenuta nella generica locuzione adoperata dal detto articolo circa l'assistenza e la cura sanitaria. La cura dei denti potrebbe essere fatta dal medico condotto se possiede istru-

menti adatti, ma la estrazione è opera meccanica che non può essere imposta al condottato, se nel bando di concorso non si fece di essa speciale menzione. Anche la pratica della vaccinazione fa parte della assistenza sanitaria, ma per imporla al medico è occorso esplicita tassativa disposizione regolamentare. Prima di tali nuove norme la vaccinazione era a pagamento come è a pagamento tuttora l'estrazione dei denti.

(5590) *Annullamento di deliberazione consiliare portante la nomina del medico condotto - Effetti.* — Al Dott. abbonato n. 7614 rispondiamo che non sapremmo consigliargli di promuovere giudizio per danni contro l'amministrazione municipale dal momento che egli non si curò, prima di recarsi sul posto, di chiedere e conoscere se la deliberazione consiliare avesse riportato il prescritto visto della autorità politica. Anche se fosse divenuta esecutoria per decorrenza di termini, tale circostanza avrebbe dovuto emergere da certificato o lettera della autorità competente. Vero è che il decreto di annullamento era giunto in Comune sei o sette giorni prima del suo arrivo colà, ma di tale oscitanza non può farsi risalire la colpa all'ente, ma bensì alle persone che lo rappresentano, e ciò solamente in nome proprio. Del resto, costoro in giudizio potrebbero sempre rimproverargli il fatto di non aver prima di lasciare il posto di interino bene retribuito, assodato con matematica esattezza se la deliberazione consiliare della nomina era divenuta legalmente perfetta ed inoppugnabile. A noi, quindi, sembra miglior partito quello di non più parlare del rincrescioso incidente occorsogli.

(5591) *Servizio militare.* — Il Dott. V. A. da M. desidera conoscere se nato nel 1882 e riformato nel 1888, debba in caso di nuova visita rispondere con la classe del 1882 o con quella del 1888 e se richiamato vada a servire come semplice soldato o come ufficiale conservando il posto di medico condotto.

Se Ella fosse chiamata a nuova visita dovrebbe rispondere con la classe cui appartiene per il fatto di nascita, e cioè col 1882 e non già col 1888. Richiamato, andrebbe sotto le armi come semplice soldato, ma anche in tale qualità conserverebbe il posto di medico condotto ed eziandio lo stipendio per effetto del decreto luogotenenziale del 31 agosto ultimo.

(5593) *Servizio militare.* — Il Dott. A. M. da S. R. avendo prestati venticinque giorni di servizio militare di cui dieci come semplice soldato e quindici come sottotenente medico e poi congedato come medico unico nel paese, desidera conoscere se può essere ancora richiamato e nella affermativa se come soldato od ufficiale.

Essendo stata congedata perchè unico medico condotto nel Comune non crediamo che possa essere nuovamente chiamata in servizio. In ogni caso essendo già stata nominata ufficiale medico andrebbe a servire sempre in tale qualità e non come semplice soldato.

(5594) *Servizio militare - Stipendio.* — Il Dottor abbonato n. 1497 desidera conoscere per quanto tempo l'Amministrazione comunale sia tenuta a corrispondergli lo stipendio, nulla avendo esso mai deliberato circa il trattamento economico da farsi agli impiegati chiamati sotto le armi per la mobilitazione.

Per effetto del decreto luogotenenziale del 31 agosto p. p. agli impiegati comunali chiamati sotto le armi per la mobilitazione compete lo stipendio maggiore fra quello militare e quello civile. A Lei, quindi, il Comune è tenuto a corrispondere la differenza nel caso che lo stipendio che esso corrisponde sia maggiore di quello che Ella riceve come ufficiale medico di complemento. Detto decreto luogotenenziale ha modificato di ufficio tutte le eventuali differenti disposizioni contenute nei singoli regolamenti organici municipali.

(5595) *Servizio militare - Congedo.* — Il Dott. A. A. da U. L. C. desidera conoscere se avendo 43 anni di età ed essendo medico condotto unico di un paese di circa 4000 abitanti possa essere chiamato a prestar servizio militare e se trovandosi in un paese un altro medico capace di sostituirlo possa ottenere il consueto annuale mese di congedo.

Essendo unico medico condotto potrà ottenere la esenzione dalla chiamata sotto le armi ai sensi dell'articolo 1° del R. Decreto 13 aprile 1911. I congedi furono sospesi per tutti i medici condotti e non può valere a togliere parzialmente il divieto la circostanza di esistere nel Comune altro sanitario idoneo per la sostituzione. È disposizione di indole generale che non subisce eccezioni da circostanze contingenti e particolari.

(5596) *Pensioni - Contributo durante il servizio militare.* — Il Dott. L. B. da M. S. S. desidera conoscere se durante il servizio militare sia tenuto a pagare il contributo mensile alla Cassa di previdenza o se esso debba, invece, essere pagato dal Comune, posto che non riscuote stipendio.

Il servizio utile per la misura dello assegno di riposo ai sanitari è quello prestato con nomina regolare in un posto legalmente istituito e con *percezione di stipendio.* Mancando la percezione dello stipendio, il servizio non va valutato agli effetti della pensione e, quindi, è inutile pagare il contributo. Esso, pertanto, non può andare a carico del Comune nè essere pre-

levato dalle competenze che si corrispondono ai medici surrogauti. Il periodo di aspettativa per richiamo in servizio militare non può essere valutato che per i soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione.

(5598) *Sospensione dei pubblici concorsi - Portata della relativa disposizione.* — Il Dott. G. B. M. da P. desidera conoscere se le parole *non esaurito* adoperate dall'articolo 3° del decreto luogotenenziale del giorno 31 agosto si debbono interpetrare nel senso di concorso scaduto, chiuso, ecc. o di concorso finito, cioè che sia già avvenuta la nomina e sia intervenuto il relativo visto prefettizio.

Il concorso si può dichiarare esaurito quando è fatta la graduatoria dei vari candidati e la Commissione giudicatrice ha compito il proprio mandato. Poichè il primo graduato, in molti concorsi, ha diritto alla nomina, si verrebbe a privare costui di un vero diritto acquisito, se si operasse diversamente. Sono, quindi, annullati tutti quei concorsi pei quali la Commissione non aveva al 31 agosto fatta la graduatoria.

(5599) *Elenco dei poveri - Eccessivo contingente - Stipendio del sanitario.* — Il Dott. E. R. da C. desidera conoscere contro la decisione della G. P. A., che non crede di aderire all'aumento di stipendio chiesto dal sanitario a chi si possa ricorrere e se per l'aumentato numero di poveri si possa iniziare giudizio per il pagamento della maggiore prestazione di opera.

L'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie dà ai soli Comuni la facoltà di ricorrere contro le decisioni delle Giunte amministrative in materia di aumento di stipendio a condottati. Se costoro vogliono impugnare essi pure l'atto tutorio, che è, in loro rispetto, un provvedimento definitivo, possono avanzare ricorso alle sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato denunziandolo per illegittimità, e, cioè, o per violazione di legge o per eccesso di potere o per incompetenza. Poichè il numero dei poveri indicato nel bando di concorso non ha valore contrattuale, non può iniziare causa contro l'Amministrazione comunale se durante l'esercizio della carica detto numero divenne eccessivo. Non sappiamo però spiegarci il rifiuto della G. P. A. ad applicare l'articolo 26 della legge mentre l'eccessivo aumento dello elenco dei poveri di fronte a quello che era in vigore all'inizio del servizio, è plausibile e legale motivo di concedere aumento di stipendio, anche a posto coperto.

(5601) *Farmacista che si rifiuta di spedire una ricetta.* — Il Dott. G. B. da O. desidera conoscere se è permesso al farmacista di dare giudizi sulla sopportabilità di un determinato farmaco per un infermo e rifiutarsi di consegnarlo a chi lo richiede con la ricetta del medico.

Non è certamente lecito al farmacista fare apprezzamenti sulla prescrizione del sanitario e sulla sopportabilità di un rimedio a riguardo di determinato infermo. Ritenendo il fatto avvenuto in buona fede e non allo scopo di screditare il sanitario, nè costituendo esso materia di delitto o di contravvenzione, potrebbe Ella, ad evitare che l'inconveniente si ripeta, informarne l'Ordine dei farmacisti della Provincia, perchè intervenga richiamando opportunamente.

(5602) *Elenco dei poveri - Esecutorietà.* — Il Dott. G. G. da B. desidera conoscere se l'elenco dei poveri formulato dalla Giunta municipale ed inviato alla Sottoprefettura per il visto, abbia assoluto bisogno del visto di questo Ufficio per diventare esecutorio.

L'elenco dei poveri è approvato con speciale deliberazione della Giunta municipale. Questa deliberazione, come tutte le altre, inviata al sottoprefetto, diventa *re ipsa* esecutoria se non è sospesa nel termine di giorni 15 dallo arrivo. L'elenco, quindi, è già esecutorio e può essere, senza altro, messo in vigore in codesto Comune obbligando a pagare le visite chi non vi è compreso. Faccia chiedere alla Sottoprefettura la sorte toccata al deliberato in esame.

(5604) *Licenziamento per termine del periodo di prova - Motivi.* — Il Dott. D. G. desidera sapere se il Comune possa licenziare il medico condotto per fine di ferma senza alcun motivo, e, se ciò avvenendo, si possa fare giudizio per danni.

In un primo tempo la giurisprudenza ammise che si potesse licenziare il medico condotto per fine del periodo di prova senza addurre motivi. Da qualche tempo a questa parte si sta cambiando alquanto la cosa ammettendosi che bisogna addurre motivi inerenti alla prova stessa, dichiarando, cioè, se questa ha o meno corrisposto alla aspettativa della Amministrazione. Non sarebbe il caso di giudizio per danni, perchè il Comune licenziandola non si avvale che di un suo diritto e *qui jure suo utitur nemini facit iniuriam.*

(5605) *Farmacie - Vendita.* — Al Dott. G. C. da C. rispondiamo che un proprietario di farmacia non farmacista può ben vendere a chi voglia la sua farmacia.

(5607) *Congedo - Medico interino.* — Al Dottor G. D. P. da P. rispondiamo che al medico condotto interino non spetta il congedo annuale e che in questo anno non si accordano congedi nemmeno ai titolari stabili.

(5608) *Pensione.* — Al Dott. E. P. da G. rispondiamo che il servizio ospedaliero non è valutabile perchè prestato prima della istituzione della Cassa di previdenza. Potrà andare in pensione il 29 giugno 1919 compiendo allora 24 anni e 6 mesi di servizio. Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

CARPI (*Modena*). — Cercasi medico-chirurgo assistente ospedale. Stipendio L. 1500; partecipazione dei compensi degli atti operativi, con alloggio gratuito.

COSTACCIARO (*Perugia*). — Condotta piena. Stipendio L. 4300 lorde oltre L. 100 come U. S., L. 600 indennità cavalcatura, abitazione gratuita. Tre sessenni. Scadenza 31 ottobre.

MARZO-VERVIO-TOVO-LOVERO (*Sondrio*). — Condotta; L. 4400 nette da R. M.; alloggio gratuito nel comune di Marzo. Scadenza 25 ottobre.

ROMA. *Ferrovie dello Stato* (Direzione generale). — Medico per il riparto di Castel S. Giorgio; vedi fasc. 40. Scad. ore 17 del giorno 31 ott.

SALSOMAGGIORE. *Regi Stabilimenti Termali*. — Direttore; L. 12,000. Cauzione di L. 20,000. Titoli che provino l'istruzione, la coltura, le attitudini e la pratica esperienza per esercitare le attribuzioni del posto. Docum. all'Azienda di Stato in Salsomaggiore o al Ministero delle Finanze (Direzione Generale del Demanio) entro il 31 ottobre 1915. Chiedere l'annunzio.

UDINE. *Ospedale civile*. — Concorso due posti medico assistente. Termine 31 ottobre. Vitto, alloggio; Sezione medica assegno L. 1500; Sezione chirurgica L. 750 oltre compartecipazione compensi. Oneri R. M. e Cassa Previdenza; certificati di rito e titoli.

Medico-chirurgo lunga pratica professionale e di condotta, assumerebbe interinato nella provincia di Roma. Per le eventuali proposte e condizioni scrivere: Sig. Carlo Pomodoro, via del Gambero, 30, Roma.

---

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

### Corpo Sanitario Militare.

*Ufficiali in servizio attivo permanente.*

Tenenti colonnelli medici promossi colonnelli medici: Calegari cav. Giovanni Battista, Rossi cav. Alfredo.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Cugi cav. Licurgo, Santucci cav. Stefano, Romeo cav. Francesco, Galvagno cav. Teonesto, Pace cav. Luigi, Gualdi cav. Carlo.

Capitani medici promossi maggiori medici: Franchi Luigi, Castoldi Ettore, Olivari cav. Pietro, De Maria Nicola, Ajroldi Luigi, Caccia cavalier Filippo.

Tenenti medici promossi capitani medici: Vannocci Quintlio; seguiranno nel ruolo Bocca Tito, Adinolfi Salvatore, Gaggia Emilio, Vitolo Emanuele.

### Nell'Amministrazione sanitaria.

Medici provinciali di 4ª promossi alla 3ª: Chimienti cav. dott. Elvino, per merito; Salvati dottor Ferdinando, id.

Il dott. P. Brigido, medico di porto di 1ª classe, è promosso medico provinciale di 3ª classe.

## NOTIZIE DIVERSE.

### Sui campi dell'onore.

Sono morti eroicamente per la Patria:

il dott. ZENO FRUGONI, sottotenente medico di complemento addetto alla Sezione di sanità della .... Divisione;

lo studente GIOVANNI MAZZARONE, iscritto ai corsi della Facoltà medica di Roma;

il laureando in veterinaria tenente dei bersaglieri DE LOCO QUIRICO, di Bonarcado (Sassari).

### Albo d'oro.

Hanno conseguito la medaglia di bronzo al valor militare i seguenti medici:

DELLE GROTTAGLIE GIOVANNI, da Brindisi (Lecce), sottotenente medico di complemento, reggimento lancieri;

FERRARO SEBASTIANO, da Casale Monferrato (Alessandria), sottotenente medico di complemento, reggimento alpini;

MOSCA ATTILIO, da Biella (Cuneo), tenente medico di complemento, reggimento artiglieria da montagna;

VAZZOLA GIUSEPPE, da San Pietro di Faletto (Treviso), medico condotto di Rigolato (Udine);

ZANELLI FELICE, da Bologna, tenente medico di complemento, reggimento lancieri.

Hanno meritato l'encomio solenne i seguenti medici:

PIAZZI RENZO, da Milano, sottotenente medico milizia territoriale, reggimento alpini;

PIETRA PAOLO, da Casale Monferrato (Alessandria), sottotenente medico di complemento, reggimento alpini;

RIDELLA ANTONIO, da Mirabello ed Uniti di Pavia (Pavia), sottotenente medico di complemento sezione sanità truppe suppletive.

La medaglia di bronzo al valor militare per la campagna di guerra in Libia assegnata al tenente medico SCHIFANI VINCENZO è stata commutata in medaglia d'argento.

### Servizio di consulenza per i militari malati e feriti.

I professori titolari di medicina-chirurgia sono stati nominati consulenti per gli ospedali militari di riserva dell'Esercito, dell'Armata e delle Associazioni di soccorso per le zone loro assegnate dai singoli direttori di sanità di Corpo d'armata.

Detti clinici universitari si recano nei vari luoghi di cura non solo dietro richiesta dei rispettivi direttori degli stabilimenti sanitari per esercitare la loro funzione di consulenza, ma anche in seguito a richiesta delle famiglie dei malati e feriti, quando a parere dei direttori stessi trattasi di casi di una certa importanza.

Tale prestazione dell'opera dei consulenti a richiesta delle famiglie sarà completamente gratuita.

### Il pane di tipo unico di seconda qualità.

È stato firmato questo decreto:

Art. 1. — Possono essere messe in commercio e usate per la panificazione, purchè abbiano i necessari requisiti igienici, le farine che residuano dal prodotto della macinazione del frumento, al quale sia stata tolta, oltre al 20 % di crusca e cruschello, anche una parte degli altri elementi normali, comunemente impiegati per la fab-

bricazione di paste alimentari, paste dolci, biscotti e prodotti consimili.

Il pane prodotto con tali farine dovrà essere messo in vendita colla denominazione di « Pane tipo unico di 2ª qualità » ed al prezzo che dovrà essere fissato dall'autorità comunale.

Art. 2. — Per il deposito, per la vendita e per la consegna delle farine indicate nell'articolo precedente, dovranno osservarsi le disposizioni prescritte dall'art. 2 del decreto ministeriale 23 agosto 1915, sostituendo alla indicazione del limite di burattamento la dichiarazione di: « Farine di 2ª qualità ».

Art. 3. — Per le analisi delle farine dovranno osservarsi le disposizioni stabilite dell'art. 5 del decreto ministeriale 7 marzo 1915.

Art. 4. — I gerenti dei mulini e i commercianti in farine hanno l'obbligo di tenere nota di tutte le spedizioni di farine, di qualunque qualità, da essi effettuate, e i funzionari ed agenti indicati nell'art. 4 del decreto ministeriale 7 marzo 1915 hanno facoltà di prendere visione, in qualunque momento, di tali annotazioni.

### Le carni congelate.

Il Ministero della guerra fin dall' inizio della guerra si preoccupò di risparmiare il patrimonio zootecnico nazionale e di salvare, altresì, le industrie ad esso collegate. A tal uopo, dall'estate scorsa, adottò provvedimenti intesi a dare il più largo incremento all'uso delle carni congelate, sia da parte delle truppe mobilitate e territoriali che da parte degli stabilimenti militari civili per la produzione delle carni in conserva, come pure da parte delle popolazioni civili nei casi in cui l'Amministrazione militare fosse chiamata a provvedere ai bisogni di questa in concorso con le autorità locali.

Disposta, a tal uopo, ed iniziata la trasformazione di parecchie navi in frigoriferi, l'Amministrazione militare ottenne speciali facilitazioni pel trasporto dall'America del Nord delle carni congelate, le quali giungono in rilevante quantità nei nostri porti e vengono distribuite nell'interno, mediante un ingente numero di carri speciali fatti costruire appositamente d'accordo con le Ferrovie dello Stato.

Il Ministero della guerra, inoltre, ha concesso le più larghe facilitazioni ai privati possessori di stabilimenti ad impianti frigoriferi perchè potessero ampliarli, migliorarli e destinarli alla conservazione delle carni, ed ordinò la costruzione di un grande, moderno e perfezionato deposito frigorifero che sorgerà prossimamente in uno dei principali porti.

Si può quindi avere fiducia che, se a tali provvedimenti seguirà da parte della popolazione civile, quello stesso incremento nel consumo della carne congelata verificatosi all'estero, verranno a colmarsi, in breve tempo, quei vuoti che le necessità imprescindibili della guerra hanno prodotto nelle razze bovine del Paese e verrà reintegrato il consumo normale della carne.

### La salute pubblica a Roma.

Da un comunicato del Gabinetto del sindaco si rileva che l'apparato di difesa cittadina contro l'eventuale importazione di epidemie è costituito:

1° Dall'antico lazzaretto di S. Sabina opportunamente rinnovato e completato ed annesso stabilimento di disinfezione.

2° Dal lazzaretto ausiliario di S. Egidio presso il Gianicolo.

3° Dalla casa di osservazione al viale del Re, dirimpetto alla vecchia stazione di Trastevere.

4° Dal laboratorio batteriologico municipale.

5° Dalla guardia medica permanente, diurna e notturna.

Tutti i locali, benchè in genere antiquati od adattati ai nuovi bisogni, rispondono alle esigenze dell'igiene moderna e sono muniti di tutti gli accessorî clinici, scientifici e profilattici, ed il *comfort* degli ammalati sarebbe pari alle sapienti cure che vi riceverebbero. In complesso fra malati e contumaci, il Comune può ricoverare nei suoi locali circa 1000 individui, cifra superiore ad ogni prevedibile bisogno.

Le condizioni di salute pubblica sono eccellenti, come non furono mai, ma Roma sarebbe preparata a far fronte a qualunque inopinata comparsa anche simultanea di varie malattie epidemiche: colera, vajuolo, tifo petecchiale, peste bubbonica, ecc. Abbiamo ragione di augurarci che tutto questo apparato serva soltanto per la tranquillità morale della cittadinanza e non abbia mai ad entrare effettivamente in azione.

### Pro ospedale di Mortara.

I dottori P. Barani di Pieve del Cairo, G. Brunazzi di Gravellona, I. Melotti di Dorno e C. Omodei-Zorini di Candia hanno rinunciato a beneficio dell'ospedale territoriale in Mortara alla somma di 150 lire loro spettante sull'assegno provinciale per la propaganda igienica nello scorso anno 1914.

La Sezione Lomellina della A. N. M. C. ha trasmesso a mezzo del suo Consiglio di presidenza all'on. Deputazione provinciale il seguente ordine del giorno:

« La Sezione Lomellina della A. N. M. C. di cui i soci propagandisti d'igiene hanno generosamente rinunciato a pro dell'ospedale di riserva di Mortara alla loro quota parte di 150 lire sulle 500 erogate dalla on. Deputazione provinciale per la propaganda igienica nel decorso anno 1914, si augura e fa voti che questo on. Consesso eroghi pure a questo medesimo ospedale quanto le competerebbe sulla somma di lire 1000 fissate per quello stesso scopo nel corrente anno ed ancora non erogate ».

### Per i militari degenti negli Ospedali di guerra.

Il Ministero della guerra ha disposto che le Direzioni degli ospedali comunichino alle famiglie dei militari ammalati direttamente e non più a mezzo dei sindaci l'avviso che un parente può recarsi gratuitamente, se povero, a trovare l'ammalato. Quindi il Comune non può più come prima dare volta per volta alla famiglia interessata le istruzioni sul modo d'ottenere il biglietto di viaggio gratuito e preparare gli elementi per il certificato, che il sindaco deve stendere sul telegramma della Direzione dell'ospedale.

Il viaggio gratuito sulle linee di navigazione dello Stato è accordato alle famiglie notoriamente indigenti, per un solo membro di esse (possibilmente pel congiunto più stretto) e quando la visita sia richiesta dal direttore dell'Ospedale in cui il militare si trova; ed il congiunto che vuole visitare l'ammalato deve presentarsi al-

l'Ufficio certificati, col telegramma del direttore dell'Ospedale e con un rapporto del Mandamento di sorveglianza sulle condizioni economiche di esso congiunto: rapporto ch'egli avrà domandato al Mandamento stesso. Dopo di ciò il parente che intende di fare il viaggio porterà il telegramma con la attestazione sindacale al Distretto dove gli si consegnerà il biglietto color rosa modello *B* per il viaggio.

**Il trasporto dei feriti sulle ambulanze fluviali della Croce Rossa.**

Nel fascicolo 38 sotto questo titolo si legge che il comando amministrativo delle ambulanze suddette è affidato all'on. Morandi; è omesso che il servizio sanitario è diretto dal dott. Scalpore Agostino, capitano medico della Croce Rossa.

A complemento di quella notizia, facciamo ora risultare tale circostanza.

**Condanna per frode sulla fornitura di medicinali.**

Dinanzi al Tribunale di guerra di Taranto si è svolto un processo che ha vivamente interessato.

Un noto farmacista della città, cav. Ferrari, è comparso per rispondere dei reati di tentata truffa e d'infedeltà in tempo di guerra per avere, quale fornitore del locale Ospedale militare di riserva, tentato di farsi pagare duplicate alcune fatture e fornire del chinino sofisticato. Il processo venne istruito in seguito a denuncia del direttore della locale Sanità militare.

Nell'interrogatorio il Ferrari dichiarò di aver agito correttamente e si scagionò dalle accuse sostenendo di aver ritirato il chinino sofisticato da una ditta di Bari e d'averlo fatto consegnare direttamente all'Ospedale militare senza averlo verificato. Dopo l'escussione dei testi, l'avvocato fiscale sostenne la colpabilità del Ferrari modificando l'accusa di infedeltà in quella di tentata infedeltà in tempo di guerra: chiese quindi la condanna a tre anni e tre mesi di reclusione.

Il Tribunale ha ritenuto provati i reati ascritti al Ferrari condannandolo a tredici mesi di detenzione semplice.

**Il Comune di Milano e gli impiegati ufficiali.**

Fin dall'inizio della nostra guerra il Comune di Milano — come altri Comuni — stabilì che avrebbe versato sino alla fine del corrente anno l'intero stipendio agli impiegati che fossero andati sotto le armi come ufficiali, o per richiamo o volontariamente.

Ora con una circolare comunicata agli impiegati la Giunta preannunzia di riservarsi di esaminare il trattamento da farsi agli stessi ufficiali dopo il 1° gennaio prossimo, prendendo per base le disposizioni luogotenenziali contro il cumulo degli stipendi da parte degli impiegati governativi.

Com'è pure noto, ai dipendenti del Governo è concesso di optare per l'uno o per l'altro stipendio, ma non si può conglobare i due come prima.

Ora pare che anche il Comune intenda applicare questa disposizione ai suoi dipendenti, compresi i medici.

**L'apertura della Casa Langenbeck-Wirchow a Berlino.**

Il 1° agosto è stata aperta a Berlino la « Casa Langenbeck-Virchow », costruita dalla Società medica di Berlino e dall'Associazione dei chirurghi della Germania. La cerimonia inaugurale è stata differita a dopo l'espletamento della guerra.

L'« auditorium », dell'altezza di tre piani, contiene 900 posti a sedere in platea e 335 nelle gallerie; riceve la luce diurna dall'alto e di sera è illuminato da 18 lampade ad arco della forza di 25,000 candele. Misura metri 24 × 17.5 × 13.

Nel primo piano è un'altra vasta sala capace di 200 posti. Le due sale sono fornite di epidiascopi e kinetoscopi e possono essere rapidamente oscurate. Piccole sale contigue all'« auditorium» sono arredate per l'attesa dei pazienti, da servire alle dimostrazioni. In una è stato istallato un piccolo laboratorio.

Nel terzo piano è allogata la biblioteca, composta di 200,000 volumi, con varie sale di lettura; una piccola camera contiene la libreria legata alla Società medica da Virchow. La più grande sala di lettura è fornita di 25 tavoli, a ciascuno dei quali possono sedere due persone; altre piccole stanze sono riservate agli studiosi che desiderassero lavorare tranquillamente e indisturbati.

Al primo piano possono aversi dei rinfreschi.

Il pianterreno, che dà nella via, verrà occupato da negozi di merci che hanno qualche rapporto con la medicina, come libri e strumenti. (Dal *Journal A. M. A.*, 4 sett. 1915).

**Sulla lebbra in Sardegna.**

L'autorità governativa ha constatato l'esistenza di parecchi casi di lebbra in Sardegna; ha aperto un padiglione di isolamento ed ha richiamato l'obbligo della denunzia. Se non ricordiamo male risale a circa vent'anni una prima statistica dei lebbrosi nell'isola e or son tre anni i proff. Colombini e Serra hanno pubblicato una interessante monografia sulla lebbra in Sardegna.

**Réclame condannata in Germania.**

La Corte di Lipsia ha recentemente imposto delle multe a parecchie persone implicate nella vendita di un libro di medicina per le famiglie. Una circolare proclamava che questo libro può esimere interamente dall'aiuto del medico, poichè insegna a curare tutte le malattie per mezzo di pratiche idriche, di erbe e di rimedi domestici. La sentenza dice che il libro è forse buono, ma non adatto a prendere il posto del medico in tutte le malattie. La condanna colpisce dunque non il libro, ma la « réclame » falsa ad esso fatta. (Dal *Journal A. M. A.*).

**Una donna che partorisce in Tribunale.**

La signora Carmela Maggioquinto di 28 anni, di Locorotondo, citata come teste in un processo per omicidio alla Corte d'Assise di Bari, mentre entrava nell'aula per deporre, fu presa dalle doglie del parto e poco dopo dava alla luce una bambina. Detta donna trovò ospitalità presso la abitazione dell'usciere, dove subito accorsero un medico ed una levatrice per le cure del caso.

## Rassegna della stampa medica.

*La Stomatol.*, ag. CAVINA: Ferite da moderne armi da fuoco delle ossa mascellari in guerra. — D'ALIN: Actinomicosi della bocca in rapporto a lesioni dentarie.

*Tumori*, n. VI. SCAGLIONE: Secrezione mammaria nei miomi uterini. — CIMORONI: Scolo emorragico della mammella. — BOLOGNESI: Mixo-encondro-sarcoma della volta cranica a sviluppo endo- ed esocranico.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 31 ag. VINCENT, CHANTEMESSE: Vaccini multipli. — BERARD e LUMIÈRE: Sul tetano tardivo.

*Rev. de Hygiene, ecc.*, 31 ag. CASTELLANO: Etiologia del mal perforante plantare.

*The Americ. Journal of the Medical Sc.*, sett. HUNT: Sequele dell'emicrania. — POOL e RAMIREZ: Risultati remoti dela cardiografia. — BARTON: Aritmie da digitale rimosse dalla caffeina. — MIDDLETON: Atletica e pressione del sangue. — LYON: I sedimenti gastrici.

*Medical Record*, 28 ag. CORNWALL: Trattamento della polmonite. — TAYLOR: Trattamenti delle malattie nervose.

*Il Lavoro*, 31 lug. DEVOTO: Insegnanti e medici nella guerra e dopo. — FRANCHETTI: Lavoro a domicilio e tubercolosi.

*Riv. Ospedal.*, 31 ag. BOTTARI: Ferita da scoppio per arma da fuoco. — VENTURI: La sindrome di compressione cerebrale.

*Arch. di Farmac. sperim. e Sc. affini*, 1° e 15 ag. PADERI: Contegno dell'acido gliconico nell'organismo. — SIMON: Azione della glicerina. — BILANCIONI: Esperienze cliniche nel liquore di van Swieten.

*L'Attualità Med.*, ag. CALCIATI: La mortalità infantile e le opere di protezione del lattante.

*La Rif. Med.*, 4 sett. FITTIPALDI: La patogenesi della ossaluria. — OLIARO e CECONI: Intorno alla tecnica della vaccinoterapia antitifica.

*La Pediatria*, sett. CLERICI: Sul contenuto in lipasi degli organi. — PENTICACCIA: Cura delle meningiti epidemiche. — DE CONCILIIS: Cisti linfatica multiloculare del mesocolon. — AMENTA: Sulla vaccinoterapia.

*Gazz. d. Osp.*, 1 sett., SILVESTRI: Opoterapia surrenale e nefriti. — 5 sett. RUBINO: La pseudonefrite delle clorotiche.

*Il Cesalpino*, 1 sett. LEONCINI: Valutazione medico-legale delle emorragie intracraniche sottodurali.

*Pensiero Med.*, 5 sett. MANTELLA: Etiopatogenesi e terapia moderna del rachitismo.

*Pathologica*, 1 sett. NORZI: Fermenti proteolitici nel siero di leucemici.

*Le Progrès Méd.*, sett. LOEPER, VARHAM e BERTHONIEU: Iniezioni intravenose di zolfo colloidale in alcuni reumatismi cronici. — RAMOND e RÉSIBOIS: Meningiti cerebro-spinali da tetrageni. — LOEPER e BERGERON: Setticemia tetragena a forma tifoide. — VAN EMDEN: I colpi di fuoco al ventre.

*La Presse Méd.*, 2 sett. BERNARD e PARAF: Diagnosi dell'infezione eberthiana e delle infezioni paratifoidi. — BÉRARD e LUMIÈRE: Tecnica semplice per la trasfusione del sangue.

*The Lancet*, 4 settemb. O'BRIEN: La lebbra. — WEST: Aneurisma fantasma. — NEWHAM: Febbre ondulante trattata con vaccino autogeno. — WALLACE: Traumi del femore da arma da fuoco.

*Edinb. Med. Journ.*, sett. BRAMWELL: Casistica. — REID e RITCHIE: Sokodu. — FLEMING e GIBSON: Bronchiettasie trattate con vaccini autogeni. — MILES, DOWDEN: Carbonchio.

*Brit. Med. Journ.*, 4 sett. Numero sull'insegnamento medico.

*La Ginecol.*, fasc. 17 e 18. FORNERO: Ricerche in 112 casi di aborto. — PERAZZI: Sulla permeabilità delle membrane ovulari.

*Riv. di Ig. e San. Pubbl.*, 1° sett. BERTARELLI: Nozioni moderne sull'eziologia della scarlattina.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 4 sett. La meningite cerebro-spinale epidemica.

*Il Morgagni* (Riv.), 8 sett. CHIÒ: L'ossido di carbonio.

*Riv. di Patolog. nerv. e ment.*, 8 sett. CAVAZZANI: Sul ricambio dei cloruri. — CATÒLA: Neuropatologia di guerra.

*Medic. Record*, 4 sett. DEMPSTER: Il dolore e il suo significato. — LOWSLEY: La prostata nel giovane. — SIMPRON: Roentgenterapia del gozzo esoftalmico.

*L'Igiene Sociale*, fasc. 10-11. MARCHIAFAVA: La sobrietà del soldato italiano.

*La Rif. Med.*, 15 sett. MURRI: L'atassia nel cammino e nel nuoto. — SCIGLIANO: Speciale reazione del siero di sangue in condizioni normali e patologiche.

*Pensiero Med.*, 12 sett. MARIMÒ: La responsabilità dei sifilitici. — BINDA: Alterazioni della funzione cardiaca nei tubercolosi.

*Giorn. intern. d. Sc. Med.*, 15 sett. SGOBBI: Radiologia di guerra. — MASUCCI: La lotta contro la tubercolosi in Italia.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

**Anno XXII.** *Roma, 31 ottobre 1915* **Fasc. 44**

# IL POLICLINICO

**SEZIONE PRATICA**

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



**COL 1° NOVEMBRE 1915**

**gli uffici del "Policlinico" si trasferiscono in**

**VIA SISTINA, N. 14-15**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

Clinica chirurgica della Regia Università di Sassari
diretta dal prof. A. ROTH.

## Contributo clinico allo studio del cosidetto fegato infettivo acuto

per il dott. GIOVANNI ANDREA PIETRI, aiuto.

Il capitolo delle infiammazioni acute del fegato, se si escludono quelle dovute a cause ben note, è ancora assai oscuro; è quindi prezzo dell'opera riferire i casi che possono portare un contributo ad un capitolo di patologia del massimo interesse clinico.

Riferisco il caso a me occorso:

S... A... G..., di anni 27, proprietario da Villanova. Negli antecedenti di famiglia, notevole soltanto la morte di un fratello per complicanze postume da cisti da echinococco del fegato. L'ammalato, non fumatore, parco bevitore, stette sempre bene fino a cinque anni fa, quando, in seguito ad un violento calcio di bue nella regione inguinale sinistra, cadde privo di sensi; dopo poco si manifestarono vomiti, sintomi di peritonismo, ecc. Con cure adeguate i sintomi acuti si mitigarono dopo diciotto giorni. Da allora però lo stato di salute non tornò florido come prima; l'ammalato era tormentato da continua cefalea, dolori agli ipocondri, alla regione epigastrica ed alla spalla destra, da vomiti biliari e spesso alimentari; le funzioni digestive alterate, quelle intestinali non normali (periodi di stipsi alternati a periodi diarroici).

A tali sintomi si accompagnava un leggero rialzo termometrico vespertino quotidiano (37.5-37.8). La temperatura, poi, a intervalli talora fissi (quindici-venti giorni), talora saltuari, subiva notevoli sbalzi elevandosi a 39-39.5; l'aumento della temperatura era preceduto da lieve brivido seguito, dopo circa venti ore, da profusi sudori coi quali cadeva la febbre.

In tale alternativa di relativo benessere e di malessere, nel luglio 1913 fu colto da febbre violenta (40.5) preceduta da intenso brivido e accompagnata da dolori violentissimi alla regione epatica, irradiantisi alla spalla destra e al

dorso, e da tosse stizzosa. Dai medici curanti si intensificò allora la cura chinino-arsenicale già intrapresa fin dall'inizio della malattia, senza però alcun vantaggio. Le condizioni generali del paziente si andavano invece aggravando. Da vari giorni poi si erano accentuati i dolori alla regione epatica, e l'ammalato era ancora più insistentemente tormentato da uno spiccato senso di peso all'epigastrio, da una sensazione amara in bocca, e da vomiti biliari e alimentari spontanei.

Il 19 settembre 1913 il paziente fu trasportato a Sassari ove fui chiamato ad osservarlo. All'esame notai: individuo giovane di elevata statura, aspetto generale sofferente, fisionomia abbattuta e stanca, masse muscolari assottigliate, pannicolo adiposo scomparso, pelle fortemente anemica, congiuntive marcatamente subitteriche, temperatura 39.8, pulsazioni 100, respiri 29. Nulla di notevole all'esame della testa e del collo.

A destra: *Torace* ben conformato superiormente; dalla regione mammillare fino quasi alla ombelicale si nota una rilevatezza marcatissima che altera in modo evidentissimo la forma dell'emitorace. Il fremito vocale tattile è normale. In alto il suono plessico è chiaro, il respiro vescicolare. La risonanza chiara polmonare si smorza anteriormente al terzo spazio intercostale nella parasternale e mammillare, sul quinta costa nella ascellare anteriore e alquanto più in basso nella ascellare posteriore. Dai punti di smorzamento della sonorità polmonare, in corrispondenza della quale si rileva, all'ascoltazione, qualche rantolo a piccole bolle, ha principio una ottusità assoluta che si prolunga in basso per quattro dita trasverse dall'arco costale. La rilevatezza, alterante la forma del torace e dell'ipocondrio, è connessa alla ottusità epatica, si spinge verso sinistra oltre la parasternale dello stesso lato e misura: sulla parasternale centimetri 18 1/2, sulla mammillare cm. 20, sulla ascellare anteriore cm. 20, sulla ascellare posteriore cm. 20.

Nulla di notevole a sinistra in tutto l'ambito polmonare .

*Cuore*: È contenuto in limiti normali; toni puri in tutti i focolai di ascoltazione.

*Addome*: Sporgente in corrispondenza dell'ipocondrio destro, è alquanto teso, doloroso alla palpazione profonda, non contiene liquido ascitico. Lo stomaco è dilatato, l'alvo chiuso. Il fegato deborda di molto dall'arco costale e se ne può palpare il bordo, la superficie anteriore e la regione cistica. La palpazione risveglia una forte sensazione di dolore lancinante. Non è possibile percepire senso di fluttuazione. La milza è anche ingrandita notevolmente e dolente alla pressione. Sono notevolmente ingrossate le ghiandole inguinali.

*Urine*: Colore giallo carico; P. S. 1020; tracce di albumina, urobilina e pigmenti biliari; tracce di indacano, abbondanti fosfati; urea 11 %. Diazo-reazione negativa; esame microscopico dei sedimenti negativo.

*Sangue*: L'esame del sangue, fatto con preparati a fresco e colorati, è completamente negativo per i plasmodi malarici. Il conteggio degli elementi e la determinazione del tasso emoglobinico dànno le seguenti cifre:

Globuli rossi 3,700,00; Globuli bianchi 16,000; Emoglobina 59.

La formula leucocitaria è la seguente:

Polinucleari eosinofili 5; Id. basofili 0; Id. neutrofili 63; Forme di passaggio 6; Grossi mononucleari 5; Linfociti 21, Linfoidi azzurrofili 0.

La prova di Widal è completamente negativa.

Si praticano culture del sangue in vari substrati e la intradermoreazione per la diagnosi biologica dell'echinococcosi.

Il 20 settembre le condizioni dell'ammalato si mantengono invariate, la notte è stata insonne ed agitata con subdelirio; temperatura: ore 7, 39°; ore 20, 40°.1; polso 115; respiri 32. Persiste lo stato di grave abbattimento, il colore subitterico e il dolore violentissimo alla zona epatica. Vomiti violenti, alvo chiuso (Urine cmc. 1100, P. S. 1020, acide, tracce di albumina, urobilina e pigmenti biliari). Si somministra un clistere evacuante. Si applica una grande vescica di ghiaccio sulla regione epatica.

21 settembre. — Continua il grave quadro del giorno precedente. Temperatura: ore 7, 39°2, ore 20, 40°.3; pulsazioni 118; respiri 36. L'applicazione e somministrazione del ghiaccio ha mitigato alquanto i vomiti.

22 settembre. — Nulla di cambiato dal giorno precedente. Temperatura: ore 7, 39°1; ore 20, 40° 2, pulsazioni 117, respiri 34.

Le culture rimasero sterili, negativa è risultata la intradermoreazione.

Fondandosi sui dati anamnestici e sui risultati dell'esame obbiettivo, si poteva escludere la semplice litiasi biliare, l'ulcera dello stomaco o del duodeno. Non esistevano poi dei fatti che potessero far pensare alla sifilide come causa dell'affezione presentata dal paziente; nel corso della infezione luetica sono stati descritti degli stati febbrili accompagnati da brividi e da tumefazione del fegato, ma in favore di una manifestazione luetica non parlava alcun fatto. Da escludere era anche una lesione a carico del rene o del pancreas.

I dati clinici parlavano concordemente in favore della esistenza di un focolaio suppurativo. Difficile ne era la localizzazione. Una appendicite con ascesso sub-frenico non si poteva escludere in modo assoluto, sapendosi che l'appendice si può trovare anche nella regione splenica. Parimenti difficile da escludersi era l'ascesso subfrenico da pregressa ulcera dello stomaco. Per ammettere l'esistenza di un ascesso del fegato mancava solo un chiaro dato etiologico, se non si voleva pensare alla colelitiasi o ad un piccolo e non facilmente svelabile focolaio suppurativo residuato al trauma sofferto dal paziente, fatto che avrebbe potuto spiegare, fino ad un certo punto, la sintomatologia presentata dal paziente prima dell'ultima manifestazione morbosa. Spiegazione che si sarebbe potuta anche trovare ammettendo la preesistenza di una cisti da echinococco a sviluppo superiore, che fosse nell'ultimo periodo andata in suppurazione. Data la relativa frequenza delle cisti da echinococco in Sardegna, e il fatto che un fratello dell'infermo morì per complicanze di una cisti da echinococco del fegato, si suppose che nel nostro paziente esistesse una cisti da echinococco del fegato, a sviluppo superiore e suppurata. L'esito della intradermoreazione fu spiegato col fatto frequentemente da noi osservato, che la prova biologica riesce spesso negativa nelle cisti suppurate.

Fu proposto perciò, anche in considerazione dell'aggravamento delle condizioni del malato, l'intervento operativo che fu accettato e praticato il 23 settembre.

Nella narcosi cloroformica, allo scopo di aggredire la cupola del fegato decisi di seguire la via trans-pleuro-diaframmatica. Resecata la 5ª e 6ª costola per un tratto di circa otto centimetri, aperto il cul di sacco pleurico e fissati i foglietti con sutura continua, arrivai sul diaframma. Con sufficiente incisione dei pilastri diaframmatici misi allo scoperto il fegato che era notevolmente aumentato di volume.

L'aspetto della ghiandola epatica non presentava le alterazioni macroscopiche delle raccolte endoepatiche, non era percepibile alcuna fluttuazione. Protetto convenientemente il bordo peritoneale, praticai alcune punture esplorative a varie profondità con esito negativo. Pensai allora ad un possibile errore di diagnosi di sede; allungai i margini dell'incisione in basso e resecai altre due coste in modo da dominare gran parte della superfice epatica. Rinnovai numerose punture esplorative tutte infruttuose. Medicai a piatto, previo zaffamento dei bordi peritoneali (il peritoneo era ispessito e infiammato) e dei bordi pleurici.

Dopo l'operazione continuò ancora per circa 30 ore il vomito e la febbre, per quanto meno elevata (temperatura: ore 7, 37°.8; oltre 20, 37°.9). Il giorno 25 settembre erano già molto attenuati i fatti dolorifici, scomparso il vomito e la temperatura ritornata normale. Il fegato andò man mano riducendosi per ritornare alle dimensioni normali. Dopo venti giorni l'ammalato cominciò a lasciare il letto ed il 23 ottobre, vale a dire dopo trenta giorni dall'atto operativo, ritornò nella sua residenza in buone condizioni.

Dopo due mesi dall'intervento l'ammalato fu colto da dolori alla regione toracica destra posteriore. All'esame del paziente si notò la presenza di un leggero versamento pleurico sieroso che, aspirato col Potain, non si riprodusse. Ho in seguito rivisto tratto tratto l'ammalato e l'ho trovato in perfetta salute e di aspetto floridissimo, ed ho voluto tardare a rendere noto il caso clinico per potere accertare la integrità fisica dopo circa due anni dall'atto operativo.

Il reperto trovato all'atto operatorio fu una sorpresa. Escluso l'ascesso epatico, una cisti da echinococco suppurata del fegato, una raccolta della regione superiore dell'addome, la sifilide, la colelitiasi, non si poteva logicamente pensare che a quella forma morbosa che, conosciuta, a quel che pare, da Andral, fu studiata in Germania per il primo da Talma e in Italia per il primo da Bozzolo.

Questa forma morbosa è stata osservata in tutte le età, più di frequente però fra i 20 ed i 39 anni come risulta dal seguente riassunto (1):

(1) Di alcuni pazienti (Talma, Baccarani) non è nota l'età.

Fra 1 e 9 anni, casi osservati 2; fra 10 e 19 anni, 1; fra 20 e 29, 6; fra 30 e 39, 6; fra 40 e 49, 4.

L'uomo viene colpito più spesso che la donna, la malattia non pare prediliga gli individui che esercitano una data professione o mestiere.

Nel gentilizio dei pazienti non è stato osservato di solito nulla di notevole; il padre dell'ammalato dello Schultze morì per tumore del fegato e delle vie biliari.

Nell'anamnesi, in qualche caso, nulla degno di rilievo; in qualche altro la dissenteria (Bérard, Remlinger), il tifo o la dissenteria (Remlinger), disturbi gastrici di discreta intensità (Schultze), malattie delle vie biliari (Talma). In nessuno dei casi descritti: lue, infezioni veneree, malaria; tre pazienti erano alcoolisti; la malata di Bozzolo aveva partorito da poco tempo.

Non è stato sempre possibile precisare l'inizio della malattia; di solito essa si inizia con senso di stanchezza, debolezza generale, leggera cefalea, anoressia, spesso vomiti e diarrea, febbre e dolori più o meno violenti.

Soggettivamente gli ammalati si lagnano di dolori all'addome, qualche volta dapprima diffusi, altre volte fin dall'inizio localizzati all'ipocondrio destro alla regione epatica. Nel caso dello Schultze erano localizzati alla regione gastrica, avevano il carattere di crampi allo stomaco, accessionali e senza rapporto colla assunzione del cibo. I dolori si irradiano spessissimo alla spalla destra, assumono carattere puntorio e si esacerbano colla tosse e col respiro.

La febbre, che all'inizio può avere un decorso irregolare, è o continua con remissioni talora leggere, più spesso invece molto accentuate, oppure nettamente intermittente o accessionale a tipo chiaramente pioemico. Il grado di temperatura che raggiunge varia da caso a caso, di solito supera i 39°; in qualche caso anche i 40°. Abbastanza di frequente la febbre si accompagna con brividi di intensità variabile e con sudorazioni più o meno profuse.

Il numero delle pulsazioni e dei respiri è per lo più in rapporto col grado della temperatura; in qualche paziente è stata osservata notevole frequenza del polso e del respiro.

La cute è pallida; in qualche caso ittero, in qualche altro leggera tinta sub-itterica delle congiuntive.

La base del torace può essere più o meno sfiancata, gli spazi intercostali più o meno ampi a seconda del periodo nel quale si esamina l'ammalato.

Nulla è stato notato a carico degli organi circolatori; nel massimo numero dei casi nulla a

carico di quelli respiratori. In un malato Remlinger notò, alla base del polmone destro, diminuzione del fremito, del suono plessico e del respiro; nel suo paziente Bérard, alla ascoltazione, constatò sintomi di pleurite destra; Galvagni: versamento emorragico nel cavo pleurico sinistro e ronchi diffusi a tutto l'ambito polmonare; Bozzolo: liquido emorragico nelle cavità pleuriche.

Il reperto che si ha all'esame dell'addome varia a seconda del periodo della malattia nel quale lo si pratica. Di solito fin dall'inizio l'addome è leggermente teso; nel corso della malattia aumenta, oltre che la tensione, il volume; la regione epatica diviene sempre più prominente. Nel caso dello Schultze l'addome era aumentato di volume specie a sinistra. In qualche paziente è stata notata la presenza di una rete venosa sottocutanea. Alla palpazione l'addome è dolente in corrispondenza del quadrante superiore di destra; assai di rado (in due casi) si nota presenza di liquido libero nella cavità addominale. Spesso meteorismo, in qualche caso gorgoglio ileo cecale.

Feci normali, poltacee, spesso diarroiche, non acoliche, anche quando è stata constatata itterizia.

Il fegato è fin dall'inizio ingrandito; nel corso della malattia può raggiungere un volume assai notevole e arrivare in alto alla IV costa, in basso alla linea ombelicale trasversa, ed in qualche caso fino a 3, 5 centimetri al disopra della spina iliaca anteriore superiore. L'aumento di volume è di solito a carico del lobo destro o di tutto il fegato, raramente del solo lobo sinistro. La superfice è liscia; in qualcuno dei pazienti del Talma è stata notata la presenza di tumefazioni che raggiungevano la grandezza di un uovo di gallina. La consistenza è di solito aumentata, il bordo duro, resistente. La milza, nel maggior numero dei casi, è aumentata di volume e di consistenza, la supérfice è regolare.

Nelle urine spesso presenza di albumina, talora di pigmenti biliari, di urobilina.

L'esame del sangue è stato praticato solo rare volte. Bozzolo ha in un caso osservato diminuzione del numero dei globuli rossi (3,200,000 per mmc.) e leggero aumento dei bianchi (11,500 per mmc.); i polinucleati rappresentano il 68.70 % dei leucociti. Rodano ha constatato all'inizio modica leucocitosi (9500) che crebbe nel corso della malattia fino ad aversi 19,000 leucociti per mmc.; la formula leucocitaria era normale, pochi leucociti sudanofili a granuli piccolissimi e scarsi. Nel mio caso ho potuto constatare diminuzione del numero dei globuli rossi (3,700,000) e della emoglobina, aumento dei bianchi (16,000 dei quali il 63 % neutrofili).

Le culture del sangue, del succo della milza e del fegato in uno dei casi del Bozzolo rimasero sterili, parimenti quelle del sangue nel paziente da me osservato; in un altro dei casi del Bozzolo si isolò dal sangue e dal liquido pleurico il diplococco tetrageno. Il Baccarani ha isolato dal sangue lo stafilococco piogene albo. Nel paziente del Rodano le culture del sangue ebbero risultato negativo prima dell'intervento operatorio; tre giorni dopo l'operazione si svilupparono nelle culture « scarsi streptococchi, resistenti al Gram; disposti in catena corta di 4-5 cocchi ». Nel mio caso le culture del sangue rimasero sterili.

L'esame radioscopico fu praticato dal Bérard e dal Rodano. Il primo ha constatato: immobilità quasi completa della metà destra del diaframma, sollevato in alto, fegato molto aumentato di volume, l'opacità del quale era poi massima nella parte media ed inferiore. Il Rodano ha osservato: innalzamento del diaframma, fegato notevolmente ingrandito in corrispondenza dell'arco costale, sulla parasternale destra, un'ombra più oscura a margini indistinti della grossezza di un uovo di gallina.

La *durata* ed il *decorso* della malattia è vario. La durata può andare da alcune settimane a dei mesi. Il decorso è in genere regolare. Talora si osserva dopo breve tempo miglioramento dello stato generale, caduta della febbre, ma la guarigione completa si fa ancora attendere. In altri casi invece, ad onta del miglioramento delle condizioni generali e della riduzione del volume del fegato, la febbre persiste e scompare dopo un lungo periodo; in altri casi anche quando sono cessate le premure del medico o l'ammalato ha abbandonato l'ospedale, perchè da vario tempo sfebbrato ed in buone condizioni generali, il fegato rimane aumentato di volume, aumento che finisce poi collo scomparire. Recidiva è stata osservata da Galvagni. Il decorso della malattia pare possa essere abbreviato da trattamento — punture multiple del fegato — laparatomie.

Il Remlinger ha osservato dopo varie punture del fegato, colle quali estrasse solo del sangue, diminuzione e caduta della temperatura, diminuzione dei dolori e del volume del fegato.

La laparatomia fu praticata su cinque pazienti. In quello del Bozzolo all'apertura dell'addome si riscontrò: fegato voluminoso, assai congesto, scevro di aderenze almeno anteriormente. Si zaffò abbondantemente a fine di procedere ad un secondo intervento, intervento non necessario perchè dopo il primo si

ebbe miglioramento generale, diminuzione del volume del fegato, della milza, e infine guarigione.

Nel caso di Bérard il fegato, all'apertura dell'addome, si presentò congesto, assai edematoso, fluttuante; in corrispondenza dei punti più salienti si praticarono due punture profonde 10 centimetri, colle quali non si estrasse che del sangue; si fece allora un taglio profondo 7-8 centimetri dal quale fuoriuscì del sangue di color nero; altre due punture un poco più a destra delle precedenti diedero esito a sangue. Nei giorni seguenti all'operazione dal drenaggio colò del liquido sieroso brunastro, mai del pus; la temperatura cominciò ad abbassarsi, lo stato generale migliorò e l'ammalato guarì.

Alla laparatomia praticata nel paziente dello Schultze al 53° giorno della malattia si notò: superficie del fegato liscia, di colorito normale, non periepatite nei punti visibili, lobo sinistro del fegato assai ingrandito, tumido; con la palpazione e con ripetute punture non si riuscì a stabilire la presenza di pus; non calcoli biliari, nessuna alterazione a carico dello stomaco, intestino, reni, pancreas. La febbre diminuì notevolmente al 2° giorno dopo l'operazione; in seguito scomparvero anche i dolori e l'aumento di volume del fegato, e si ebbe la guarigione.

Nel paziente del Rodano l'apertura dell'addome fu praticata al 20° giorno di malattia; si constatò fegato aumentato di volume, perfettamente liscio, di consistenza uniforme, nessuna traccia di periepatite; gli altri organi addominali normali. Dopo l'operazione la febbre diminuì lentamente ma in maniera progressiva, il fegato si ridusse nei limiti normali, il numero dei leucociti scese a 6500. Un mese dopo l'intervento operatorio l'ammalato abbandonava l'ospedale sentendosi perfettamente in salute.

Nel mio caso praticai la laparotomia dopo pochi giorni di osservazione del quadro tumultuoso, trovai il fegato aumentato di volume, liscio, non aderente, di colore e consistenza normali.

L'*esito* è di solito buono. In tre casi si è avuta la morte, ma in due certamente per una affezione intercorrente (infezione eresipelatosa del viso (Talma), ileotifo (Bozzolo).

Il reperto anatomo-patologico nel caso del Talma è stato il seguente: fegato grosso (gr. 3000), duro, con noduli alla superficie; milza grossa e dura, aumento di volume delle glandule linfatiche del mesenterio, della porta epatis; all'esame microscopico delle sezioni del fegato, alquanto aumentato il tessuto intra-interlobulare, il resto sembrava «che fosse tutto normale»; i noduli riscontrati alla superficie del fegato non erano di natura blastomatosa, ma gli elementi cellulari di essi si confondevano con quelli dell'organo.

Nel caso del Bozzolo: fegato molto voluminoso con superficie di taglio scolorita, opaca, torbida. Allo esame microscopico: tumefazione e degenerazione grassa imponente delle cellule epatiche; moltiplicazione dei nuclei; scarsissima infiltrazione leucocitaria con aumento pure scarsissimo dei nuclei del connettivo.

Importante è il quadro istopatologico del fegato riscontrato all'esame di un piccolo pezzo dell'organo escisso durante l'atto operativo, nel caso dello Schultze; presenza di focolai infiammatori interstiziali abbastanza diffusi con neoformazione di capillari biliari, nessuna alterazione apprezzabile a carico delle cellule epatiche.

Da quanto abbiamo brevemente riportato si desume che nel caso del Bozzolo le alterazioni erano a carico del parenchima; in quello di Talma e dello Schultze a carico del tessuto interstiziale. Questa diversità di reperto potrebbe dipendere dal diverso periodo di malattia nel quale è stato praticato l'esame microscopico, un mese dopo l'inizio della malattia nel paziente del Bozzolo, varî mesi dopo in quelli di Talma e Schultze. Non si può quindi affermare, e tanto meno escludere, che negli ultimi due casi al periodo della infiammazione interstiziale non abbia preceduto un periodo nel quale le lesioni fossero a carico delle cellule epatiche.

È noto da lungo tempo che nel corso delle malattie infettive si possono avere delle alterazioni del fegato. In genere però hanno la prevalenza i fatti generali e le alterazioni a carico di altri organi. Talora però i sintomi da parte del fegato predominano nel quadro morboso; il fegato è l'organo il quale richiama l'attenzione del medico; perchè ciò avvenga è oscuro e ignoto. La causa può essere ricercata, in via generale, o in peculiari caratteristiche dell'agente morboso o in particolari condizioni dell'organo. Tenendo presenti queste brevi considerazioni si comprende come, in casi speciali, il processo possa localizzarsi anche esclusivamente al fegato, ed estrinsecarsi con una sintomatologia, decorso ed esito talmente caratteristici da permetterci di assegnargli, almeno per ora, un posto speciale nella patologia del fegato.

Al quadro morboso che abbiamo brevemente riassunto gli AA. dànno una denominazione diversa. Talma parla di epatite parenchimatosa benigna; Bozzolo di fegato infettivo simulante l'ascesso; Remlinger di fegato infettivo acuto; Schultze di epatite acuta guaribile.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze non si può però nè affermare nè escludere che in

qualcuno dei casi descritti non esistessero dei focolai suppurativi. La possibile guarigione senza vuotamento, almeno clinicamente rilevabile, di ascessi anche multipli del fegato, è un fatto ormai assodato.

Nils Hellström cita due casi di ascessi multipli del fegato in seguito ad appendicite, constatati colla sola laparatomia, guariti uno dopo quattro, il secondo dopo quattro-cinque mesi. Heinrichsdorff ha osservato la guarigione spontanea di ascessi colangitici. Sono anche conosciuti dei casi di ascessi multipli del fegato, in individui affetti da calcolosi epatica, guariti spontaneamente; alla laparatomia si constatò in questi casi la presenza di innumerevoli piccoli ascessi che furono lasciati a sè. Non vi è quindi dubbio che piccoli ascessi del fegato possano guarire senza vuotamento operativo.

Che la *diagnosi* presenti delle notevoli difficoltà sta ad indicarcelo il fatto che nei casi descritti essa fu fatta o basandosi sull'ulteriore decorso della malattia o al tavolo operatorio. Sovrattutto difficile è la diagnosi differenziale con l'ascesso epatico, poichè la sintomatologia di questo può coincidere con quella del fegato infettivo. Localizzazione e carattere del dolore, tipo febbrile, ingrandimento totale o parziale del fegato, leucocitosi, sono sintomi comuni alle due forme morbose. Criterî differenziali con l'ascesso epatico potrebbero essere in qualche caso: la mancanza di un chiaro dato etiologico, l'inizio in modo rapido e la tumefazione della milza che si osserva di frequente nel fegato infettivo, raramente nell'ascesso epatico.

La *prognosi* nel massimo numero dei casi è benigna.

La *cura* è per ora sintomatica. Le iniezioni endovenose di sublimato hanno fatto, in un caso del Bozzolo, cessare temporaneamente la febbre. Se le sottrazioni del sangue dal fegato nel caso del Remlinger, la laparatomia nei casi del Bozzolo, Bérard, Schultze, Rodano, e nel mio caso, siano state la causa della guarigione non possiamo per ora nè affermare nè escludere. Certo è che riesce difficile ammettere che in questi casi si sia trattato di una semplice coincidenza, poichè in tutti i pazienti nei quali fu praticata, alla laparatomia seguì rapido e progressivo miglioramento fino alla guarigione completa.

BIBLIOGRAFIA.

BACCARANI. Il Policlinico, Sezione pratica, 1907, p. 49.
BÉRARD. Lyon Médical, 1902, p. 753.
BOZZOLO. Rivista critica di clinica medica, 1902, p. 169.
FORNACA. Riforma medica, 1903.
GALVAGNI. Clinica medica italiana, 1902, p. 175.
HEINRICHSDORFF. Grenzgeb. Deutsche Med. u. Chirurg., Bd. 24.
NILS HELLSTRÖM Zentralbl. f. Chirurg., 1913, n. 7.
NIZZOLI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1903, I, p. 811.
PASCOLETTI. Gazzetta Osp. e delle Cliniche, 1904, p. 492.
REMLINGER. Presse Médicale, 1903, n. 6.
RODANO. Rivista critica di clinica medica, 1913, n. 51.
SCHULTZE. Deutsches Arch. f. Klin. Med. Bd. 108, p. 576.
TALMA. Berliner Klin. Wochenschr., 1891, pagina 1110.

Giugno 1915.

# SUNTI E RASSEGNE.

## LARINGOLOGIA.

### La tecnica e le indicazioni della «fissazione del tubo» nelle stenosi laringee.

(G. POLVERINI. *Ricerche di Biologia dedicate al prof. Alessandro Lustig,* ecc. Firenze, 1914, 597).

Nel 1907 Polverini e Isonni pubblicarono una nota preliminare intorno alla *fissazione del tubo* ideata allo scopo di tener fermo il tubo in laringe in quei bambini, intubati per stenosi laringea, che vanno soggetti a frequenti estubazioni.

L'atto operativo era stato eseguito in due soli ammalati con ottimo risultato, ma in un caso successivo si verificarono degli inconvenienti che, quantunque dovuti a cause estranee, dettero occasione a critiche riguardo all'atto operativo stesso. Queste consigliarono delle modificazioni nella tecnica la quale si è andata perfezionando nei casi operati in seguito.

Di queste modificazioni non era stato ancora dato conto, e si deve anche a ciò se, dopo le prime discussioni, l'intervento è quasi caduto in dimenticanza. Nel 13° Congresso della Società italiana di laringologia (Roma 1910), il Bellotti riferì favorevolmente sulla fissazione del tubo, ma non ebbe il consentimento di tutti i colleghi, alcuni dei quali trovarono l'operazione troppo difficile, altri pericolosa per le possibili conseguenze. Nella seduta dell'8 maggio 1911 della Società francese di laringologia il Bonain riferì pure sulla fissazione del tubo, che aveva eseguito in qualche caso, riconoscendo che costituisce un perfezionamento importante nella tecnica dell'intubazione anche per la sua grande semplicità.

Ora siccome dopo gli ultimi 5 casi curati con questo metodo nel decorso triennio (nel quale la difterite ha avuto in Milano un decorso non grave, e pochi sono stati i casi, nei quali il Polverini dovette ricorrere al suo metodo) tutti guariti perfettamente, mentre sarebbero di certo morti senza tale intervento, l'A. ritiene che questa operazione risolva meglio degli altri metodi il difficile problema di condurre a guarigione questi ammalati, e illustra la tecnica modificata e precisa quali sono i casi in cui ha la sua esatta indicazione.

« Dopo aver preparato un ago da sutura robusto, di forte curvatura, avervi infilato a doppio un filo resistente di seta lungo circa due metri e aver tutto sterilizzato, si apre bene la bocca dell'ammalato e si estuba se è intubato. S'introduce l'ago nella laringe dall'esterno tenendosi sulla linea mediana al di sopra dell'istmo del corpo tiroide, presso a poco nel punto in cui viene introdotta la cannula della tracheotomia superiore, si spinge l'ago e si riprende dall'apertura glottidea mediante una pinza, e si tira fuori dalla bocca il filo, in modo che fuori del collo ne rimanga un terzo circa. Passato in tal modo il filo, è prudente rintubare il bambino, il quale durante queste manovre si è molto agitato; si sceglie il tubo che si ritiene più adatto per l'età del paziente, e che dovrà essere di ebanite; attraverso il foro di esso si passano i due capi del filo che fuoriesce dalla bocca, e a circa 50 cm. dall'estremità si fa intorno un nodo in modo da assicurarlo bene. Questo tubo si lava in **soluzione disinfettante**, si introduce dentro il mandrino dell'intubatore, si spalma all'esterno di glicerina salicilica ed è pronto così per essere introdotto in laringe. Si apre di nuovo la bocca al bambino, si toglie il tubo provvisorio, **e mentre un assistente tira** dolcemente il filo per l'estremo inferiore, si mette il nuovo tubo in laringe.

« Quando, tirando leggermente, si sente che il filo inferiore (che esce per un foro sottilissimo dalla regione sottoioidea) non scorre più, se ne divaricano i due capi, in mezzo ad essi, aderente al collo, si mette un drenaggio di gomma coperto di garza iodoformica, e si fa un nodo e così il tubo viene fissato e non può più essere espulso: importante è che il filo scorra il meno possibile e non allarghi troppo e deformi il piccolo foro prodotto dall'ago. I capi superiori del filo si passano attorno all'orecchio sinistro ».

* * *

Le obiezioni portate contro il metodo sono state: 1° la probabile caduta in necrosi del tessuto immediatamente a contatto col filo; 2° la difficoltà dell'operazione; 3° la possibilità che l'ago durante la sua introduzione ferisca le corde vocali, le aritenoidi e l'epiglottide.

La prima obiezione fu fatta in base a un caso disgraziato: una bambina con ereditarietà tubercolare portata all'ospedale dopo vari e mal riusciti tentativi d'intubazione a domicilio, che avevano prodotto estese lesioni della mucosa laringea seguite da processi infiammatori del tessuto cartilagineo. In questo caso il tubo non era tenuto nella laringe, principalmente a causa della mancanza di tono e di elasticità dell'organo, e fu dovuto fissare come espediente ultimo, perchè, per le condizioni della laringe e dei primi anelli tracheali e per lo stato di debolezza generale, non si ritenne indicata la tracheotomia. La fissazione del tubo fu fatta unicamente per tenere in vita la bambina (e questo scopo fu raggiunto), ma senza speranza di successo definitivo.

Per quanto riguarda le altre due obiezioni mosse anche da Egidi, il pioniere dell'intubazione in Italia, esse erano in parte fondate. Veramente l'atto operatorio di per sè non è molto difficile, basta averlo provato una volta; ma certo l'introduzione dell'ago dal punto indicato nella prima pubblicazione non è cosa semplice, e la possibilità di ferire le corde vocali e le aritenoidi esiste; l'eventuale ferita dell'epiglottide non ha importanza. Tuttavia la probabilità di ferire quelle parti della laringe era diminuita dal fatto che nei bambini — in cui cui si giunge a questo intervento — la laringe è rilasciata ed allargata per ripetute intubazioni e per altre cause, e perchè l'operazione si eseguisce mentre il piccolo paziente è intubato e però l'introduzione dell'ago non si faceva d'un colpo dalla cute del collo fino a giungere all'apertura glottidea, ma, in un primo tempo, con la punta dell'ago si arrivava a contatto con la parete metallica del tubo, quindi si toglieva il tubo, e la penetrazione ulteriore si faceva guidandosi con l'indice della mano sinistra, tenuto sull'orlo della glottide. La possibilità quindi che l'ago deviasse dalla linea mediana era così diminuita. Nonostante, siccome il pericolo c'era e soprattutto perchè in quella posizione il filo non teneva ben fissato il tubo che poteva andare soggetto a movimenti di rotazione, sono state introdotte delle modificazioni, che hanno portato alla tecnica definitiva.

* * *

Si opera sempre in bambini col tubo nella laringe.

Si disinfetta la cute della regione anteriore del collo con tintura di jodio e poi si va alla ricerca

della membrana tiroidea, che si può localizzare facilmente perchè è limitata in basso dalla parte superiore delle due lamine della cartilagine tiroide e in alto dall'osso ioide. Fissato questo punto, con un apribocca si tiene bene aperta la bocca del bambino, e verso la parte corrispondente all'unione del terzo medio col terzo inferiore della membrana tiroidea, tenendosi esattamente sulla linea mediana, s'infigge un ago comune da sutura robusto e lungo, al quale è infilato a due capi un filo di seta forte molto grosso, previamente sterilizzato, lungo circa due metri.

Per l'infissione si assicura l'ago ad un porta aghi che lo prenda nel senso della lunghezza, perchè così è più facile guidarlo. Mentre si fa questo con la destra, con l'indice della sinistra si va alla ricerca dell'epiglottide che si uncina indietro come si usa per l'intubazione. Continuando a spingere l'ago in avanti si sente col polpastrello dell'indice sinistro la punta di esso che fuoriesce in basso sulla faccia posteriore dell'epiglottide. Si continua a spingere l'ago sempre guidandosi con l'indice sinistro, finchè non se ne sente libera, nella cavità faringea, una porzione sufficiente per poter essere ripresa con una pinza. A questo punto si toglie il porta aghi e si può così tirare fuori dalla bocca l'ago e con esso il filo di seta che vi è attaccato, e si fa scorrere per circa 60 cm.: in tal modo il filo viene a pendere dal collo nella sua parte inferiore e superiormente fuoriesce dalla bocca. Si stacca quindi l'ago. Intanto è stato scelto e sterilizzato un tubo O' Dwyer leggero, di ebanite o di alluminio, adatto all'età dell'ammalato; come è noto, detti tubi, hanno un foro laterale in corrispondenza della testa, il quale serve per un filo di sicurezza da applicare intorno all'orecchio. Da prima Isonni e Polverini facevano passare il doppio filo per questo foro; ma siccome si notò che, per la posizione laterale di esso, il tubo andava soggetto a spostamenti, per quei tubi che dovevano essere fissati fu fatto praticare un altro foro attraversante a tutto spessore lateralmente, nella parte anteriore della testa, un poco al di sopra del punto dove essa, assottigliandosi, prende forma triangolare e si continua in basso nello strozzamento dal quale si diparte la porzione cilindrica del tubo. Quando il tubo è in posto, questo strozzamento corrisponde in avanti a livello della rima glottidea. Il filo che fuoriesce dalla bocca si fa passare attraverso il foro laterale da destra a sinistra per cinquanta o sessanta cm. e si annoda a doppio, cercando di fare il nodo più stretto possibile. Si toglie il tubo provvisorio, che il bambino teneva in laringe, e si sostituisce, mediante l'intubatore O' Dwyer, con l'altro preparato nel modo descritto, avendo cura d'immergerlo avanti in una soluzione di glicerina salicilica. Quando il tubo è in posto, si tirano leggermente i capi inferiori del filo, che escono dal collo, finchè è possibile farli scorrere; si divaricano e in mezzo ad essi si mette un rotoletto di garza allo xeroformio, intorno vi si legano i due capi del filo, e il rimanente che sopravanza, si aggruppa protetto intorno al collo. Gli altri due capi del filo che escono dalla bocca, si legano intorno all'orecchio sinistro. Così il tubo è fissato nella laringe e non può essere espulso.

Dopo due o tre giorni è bene togliere il tubo per pulirlo e per far ciò basta sciogliere il filo inferiore dal rotoletto di garza e tirare il filo superiore. Ripulitolo si rimette in posto con l'intubatore, e se durante questi giorni non si sono verificati inconvenienti tali da far temere che si possa avere ostruzione improvvisa del tubo è bene tagliare avanti il filo superiore: passato questo periodo di tempo, è forse più pericoloso lasciare il filo superiore che toglierlo.

Quando si arriva a questo intervento, siamo già ad un periodo dell'evoluzione della malattia in cui è difficile il riformarsi di membrane, causa principale di otturamento del tubo, tale da richiedere una immediata estubazione. Se questo accadesse chiunque assiste l'ammalato può togliere il tubo sciogliendo il filo inferiore e tirando quello superiore, ma se quest'ultimo manca, solo un medico può praticare l'estubazione e il medico non è sempre presente. Ma quando si possa eliminare la probabilità di questo pericolo, è meglio fare a meno del filo superiore: in generale dopo un po' di tempo il bambino recide coi denti questo filo che lo disturbava, la porzione di esso rimasta in bocca cade in basso, si aggroviglia, e quasi sempre, con i movimenti di inspirazione, va a cadere nell'orificio del tubo, ostruendolo. Se l'ostruzione è parziale si può essere tentati d'intervenire in qualche modo. Questo groviglio di filo è poi spesso movente di accumolo di detriti della nutrizione e di catarro, che possono trasformarsi in focolai scettici.

Per queste ragioni è prudenza liberarsi da questo filo quando si procede alla prima pulitura del tubo, tagliandolo il più vicino possibile al nodo. Le successive estubazioni ogni quattro o cinque giorni per nettare il tubo ed allo scopo di vedere se la respirazione si comincia a far bene anche senza di esso, debbono eseguirsi a mezzo dell'estubatore.

In tal modo il tubo, che è ben tollerato, anche per mesi, dalla laringe, può essere tenuto in posto tutto il tempo necessario perchè le primitive lesioni guariscano senza retrazioni cicatri-

ziali; e però con piena sicurezza del medico liberato dall'incubo delle possibili estubazioni seguite da rapida asfissia.

La modificazione adottata ha sensibili vantaggi: permette che l'atto operativo venga eseguito con calma e senza preoccupazioni dipendenti dallo stato del paziente. Infatti prima l'introduzione dell'ago si faceva molto più in basso e quindi appena raggiunta la parete anteriore della laringe la penetrazione ulteriore era impedita dalla presenza del tubo. Occorreva perciò togliere il tubo e completare il passaggio ulteriore dell'ago con la maggior rapidità possibile, perchè quasi immediatamente insorgeva un forte laringospasmo, dipendente dalle condizioni locali preesistenti e per riflesso. Bisognava quindi fare una nuova intubazione provvisoria, per avere il tempo di preparare il tubo che doveva venire fissato. E si comprende come non essendo possibile operare con calma ci fosse probabilità di non tenersi esattamente sulla linea mediana e di produrre qualche lesione. Col metodo attuale il passaggio dell'ago avviene al di fuori della laringe, superiormente all'apertura glottidea e si può quindi operare col bambino intubato; il tubo provvisorio si toglie solo quando l'altro è già pronto per essere introdotto; in tal modo tutta la manovra del passaggio dell'ago è semplificata: infatti l'ago attraversa solo la cute, l'aponeurosi e la *borsa mucosa* di Boyer, quindi la membrana tiroidea, la raccolta cellulo-adiposa che le sta dietro e infine l'epiglottide, entrando poi nella cavità laringea.

Tenendosi sulla linea mediana non s'incontrano nè vasi nè nervi, perchè i rami della laringea superiore e quelli del nervo laringeo superiore si trovano di lato e non si anastomizzano fra loro. Il passaggio e la permanenza del filo attraverso l'epiglottide non hanno mai prodotto in essa lesioni apprezzabili e i bambini hanno potuto nutrirsi per mesi con cibi liquidi e solidi, come se non fossero intubati. Il tubo così fissato sta ben fermo, e non può ruotare lateralmente perchè il punto dove è attaccato al filo si trova in linea retta col foro di uscita del filo stesso dal collo.

***

È da chiarire quando si presenti la precisa indicazione per fissare il tubo e in quali casi bisogna ricorrervi, sebbene gli autori abbiano sin da principio insistito sulla speciale indicazione dell'atto operativo. Egidi giustificava lo scarso entusiasmo per il metodo non solo a causa della difficoltà e dei pericoli inerenti, perchè i casi di fuoriuscita del tubo sono rari, e se non si riesce a mantenere in posto il tubo introducendone un altro di calibro maggiore è consigliabile la tracheotomia.

E nella Società francese di laringologia il Gault obiettò al Bonain che egli era rimasto fedele al metodo consigliato da O' Dwyer, di lasciare il tubo nella laringe per otto o dieci giorni e che il nuovo procedimento non aveva una evidente utilità d'applicazione. Si ritiene dunque una operazione alla quale si può ricorrere tutte le volte che si hanno difficoltà a tenere in posto il tubo; complemento della modificazione consigliata da Bokay e da O' Dwyer, consistente nell'applicazione di tubi corti e sottili di forma speciale spalmati di gelatina medicata, e della tracheotomia o di altri metodi (tubi deformati, ecc.). Questo concetto non è esatto. La fissazione del tubo è in certi casi l'unico mezzo per salvare gli ammalati, che altrimenti morirebebro, o andrebbero incontro a delle complicazioni tanto gravi che sarebbe ad esse preferibile la morte. Vi sono casi d'intolleranza del tubo nei quali il medico è inerme ed è costretto a ricorrere alla tracheotomia come *ultima ratio*, tanto per acquistar tempo, ma con la sicurezza che in breve sarà stato peggiore il rimedio del male. Invece la fissazione del tubo è l'unica via di scampo, che ha molte probabilità non solo di tenere in vita l'ammalato, ma di guarirlo perfettamente. Per convincersene basta pensare alle varie cause che provocano le frequenti estubazioni da intolleranza assoluta del tubo: ora, le principali risiedono nell'ulcerazione della mucosa laringea. Queste ulcerazioni si formano durante i primi giorni della permanenza del tubo, ma non sono sempre causate da esso e si chiamano a torto in tutti i casi *ulcerazioni da decubito*. Il tubo è benissimo tollerato dalla laringe anche per settimane e mesi, a meno che non esista una mala conformazione dell'organo. Spesso queste ulcerazioni non corrispondono al punto dove il tubo fa maggior pressione, e dove quindi dovrebbero trovarsi se dipendessero da compressione; si riscontrano in bambini ad ereditarietà compromessa (tubercolosi, alcoolismo, malattie nervose degli ascendenti), non si hanno costantemente quando l'infezione difterica o morbillosa è stata grave, ma sono piuttosto in relazione con speciale genio epidemico. Mentre si hanno quasi di regola, in alcune epidemie, in altre anche più gravi rispetto alla mortalità e alla intensità dell'intossicazione non si osservano affatto. Il tubo potrà avere importanza come causa occasionale, ma la causa principale dipende dalla alterazione infiammatoria della mucosa laringea. Qualche volta la ragione dell'espulsione del tubo risiede nella perdita parziale o totale di tonicità dell'organo, in relazione ai fatti infiammatori; il tubo

non sostenuto dal tono dei tessuti, viene emesso con la massima facilità durante i colpi di tosse. Ma le ulcerazioni da decubito sono nella grande maggioranza dei casi la causa di questo inconveniente, al quale si tenta di ovviare aumentando il calibro dei tubi, variandone la forma, la qualità, ecc. Spesso si riesce allo scopo, ma vi sono dei casi, fortunatamente rari, nei quali questo non vale: sono ammalati i quali giungono ad espellere il tubo tre o quattro volte in un'ora, ed alla espulsione succede a bressima distanza un accesso di laringospasmo che mette in pericolo di vita il bambino, sì che occorre inturbarlo subito di nuovo.

Ma siccome in tal modo non si riesce che a peggiorare le condizioni locali e generali del paziente, l'unica via di uscita è la tracheotomia. Ma è una via che serve più a togliere dall'imbarazzo il medico curante, che a dare probabilità di guarigione al bambino; se si fa in queste condizioni, specialmente nell'età al di sotto dei quattro anni (ed è di regola nei piccoli che si ha questa complicazione) si avrà la morte per broncopolmonite, o il bambino diverrà un perpetuo *canulard;* i casi che riescono bene sono eccezioni. Numerose e concordanti statistiche dimostrano che la tracheotomia eseguita in bambini affetti da *crup*, sotto il terzo e quarto anno di età, ha una mortalità molto alta per broncopolmonite a decorso grave. Con la tracheotomia si escludono dalla funzione respiratoria i tratti corrispondenti alla cavità naso-faringea ed alla laringe i quali hanno anche il còmpito di purificare l'aria inspirata, costituendo un buon mezzo preservativo contro le possibili infezioni del tratto broncopolmonare sottostante. Se si aggiungono le altre cause di possibili infezioni secondarie, come la ferita tracheotomica aperta a contatto dell'aria e i frequenti cambiamenti della controcannula in un organismo indebolito per l'infezione primitiva, per l'atto operatorio cruento e con un processo, sia pur leggero, di tracheobronchite in atto, si comprende come un esteso processo infiammatario bronco-polmonare sia nella maggior parte dei casi inevitabile. Ora se questo accade nei casi ordinari, nei quali la cannula deve essere tenuta in trachea per pochi giorni, che cosa si potrà sperare in quei casi speciali di cui ci occupiamo, in peggiori condizioni per le ripetute estubazioni e nei quali la cannula deve essere tenuta il tempo necessario perchè le ulcerazioni possano ripararsi completamente? Anche quei pochi che si salvano quasi sempre non possono essere più decannulati, perchè dalle ulcerazioni laringee residuano cicatrici che restringono il lume dell'organo, in modo che ne consegue stenosi laringea difficile a curarsi: per queste ragioni si sono veduti aumentare i « canulards » da quando si è esteso l'uso dell'intubazione.

Dato ciò, non si comprende come si possa dichiarare, a priori, inutile un procedimento che offre l'unica via di scampo; poichè, un tubo che si possa tenere a permanenza in laringe, senza timore che venga espulso, è il modo migliore per risolvere il problema di permettere alle ulcerazioni laringee di guarire senza produrre retrazioni cicatriziali, e di evitare nello stesso tempo gli inconvenienti della tracheotomia. Si potrebbe anche, dopo la tracheotomia, passare ogni tanto in laringe dei tubi corti, mentre la cannula tracheale è in posto, a evitare la retrazione cicatriziale. Ma il metodo è complicato, disturba il bambino, e può evitare uno degli inconvenienti della tracheotomia, ma non l'altro.

Riassumendo, la fissazione del tubo trova la sua precisa indicazione in quei casi nei quali, non essendo stato possibile riparare al grave inconveniente dell'intolleranza del tubo con gli altri mezzi a nostra disposizione, non resterebbe che ricorrere alla tracheotomia, mentre questa è controindicata per altre ragioni.

Non è possibile provvedere per quanto tempo il tubo dovrà rimanere fissato; qualche volta un mese è stato sufficiente, tal'altra sono occorsi tre o quattro mesi. Ma, se contemporaneamente si ricorre ad una cura ricostituente, e si tiene l'ammalato in buone condizioni igieniche (e ciò può farsi perchè il bambino col tubo fissato è in grado di alzarsi, passeggiare, giuocare e nutrirsi di liquidi e solidi) di regola si ottiene completa guarigione in un periodo oscillante fra uno o tre mesi. Le estubazioni allo scopo di nettare il tubo e di vedere se la stenosi è vinta, si possono dopo le prime volte, ripetere anche alla distanza di una settimana.

Tolto il tubo definitivamente residua per qualche tempo un respiro rumoroso russante, specie durante il sonno, la voce rimane fioca e di tono basso per qualche mese ancora, ma poi tutto ritorna normale. Alla fissazione del tubo si deve ricorrere solo in certi casi, ma l'esito brillante ottenuto fa credere che questo metodo diverrà di pratica corrente essendo innocuo, facile, rispondente pienamente allo scopo.

G. BILANCIONI.

**INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA**

**Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi, Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.**
**Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostri Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.**

*Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:*
**Roma - Via Sistina, 14-15 - Roma**

## CHIRURGIA.

### Operazioni sperimentali sugli orifizi cardiaci.

(ALEXIS CARREL. *Annals of Surgery*).

Si tratta di ricerche sperimentali eseguite negli anni 1913 e 1914: ma, siccome il loro scopo ultimo è poi quello di applicarle alla chirurgia umana, si fece ogni sforzo per soddisfare alla garanzia della maggior sicurezza, poichè non basta che una tale operazione plastica sia possibile, occorre anche che non sia pericolosa.

Gli animali vennero eterizzati col metodo Meltzer-Auer e, prese tutte le precauzioni necessarie nell'apertura del torace per evitare l'infezione della pleura, fu inciso il pericardio; quindi a seconda dell'operazione da compiere fu arrestata la circolazione cardiaca e aggrediti gli orifizi polmonare od aortico: per assicurare il buon andamento di questo tempo operativo debbono essere rigorosamente osservati alcuni dettagli di tecnica.

1° La *sospensione del circolo sanguigno* è stata già ottenuta in differenti modi da varî sperimentatori. L'A. dopo averli saggiati quasi tutti, ha adottato il metodo di afferrare in massa il peduncolo per mezzo di una pinza a pressione (di Doyen) di cui una delle branche, rivestita con tubo elastico, viene introdotta atraverso l'incisione pericardica, senza bisogno di esteriorizzare il viscere, da destra a sinistra, guidandosi con il dito indice: esaminatane accuratamente la posizione, la pinza viene chiusa con delicatezza.

È importante che al momento di stringere il peduncolo il cuore si trovi in buone condizioni di circolo — ciò che appunto si ottiene al meglio con la narcosi alla Meltzer-Auer che permette a volontà una accelerazione della ossigenazione del sangue —: se così non fosse, si è visto che l'interruzione della circolazione non riuscirebbe innocua.

È ovvio che prima di praticare questo arresto circolatorio, il chirurgo deve assicurarsi che tutto è pronto per l'intervento successivo.

Quando siano state prese le precauzioni suddette è possibile di stringere il peduncolo cardiaco per m'. 2 1/2 o 3 senza alcun disturbo: non appena la pinza viene rimossa, il cuore riprende le sue pulsazioni, che in brevissimo tempo riacquistano il tipo normale. Probabilmente v'è ancora un considerevole margine e sarebbe possibile prolungare ancora l'operazione senza pericolo: ma due minuti e mezzo sono sempre risultati sufficienti per condurre a termine i diversi interventi che sono stati praticati.

Se la tecnica suddetta sembra alquanto grossolana, essa è assai più semplice che non la forcipressura separata del peduncolo arterioso e venoso, il che richiede assai più tempo; e, inoltre, data la quantità di tessuto che viene compresso fra le branche della pinza, il traumatismo che si arreca è assai minore.

2° *L'apertura degli orifizi polmonare ed aortico* fu ottenuta per mezzo di una incisione condotta lungo la parete anteriore dell'arteria, al punto di congiunzione col cuore, per mezzo di forbici a branche ineguali, di cui una acuminata sì da praticare prima la perforazione e poi il taglio. Tale incisione venne eseguita in un punto determinato: per la polmonare su lato sinistro dell'arteria, in un punto corrispondente all'unione della sigmoide anteriore e della sigmoide sinistra, estendendo l'incisione per circa 4 cm., metà sull'arteria, metà sul ventricolo (in questa sede le branche della coronaria sono piccole e possono essere tagliate impunemente); la valvola aortica fu raggiunta con una incisione condotta sul lato destro dell'aorta, fra l'apertura delle coronarie destra e sinistra, in genere proprio sopra la medietà della valva destra.

3° L'apertura della cavità ventricolare o arteriosa è sempre seguìta da *ingresso di aria nel cuore*. Questo fatto non ha conseguenze quando avviene nel ventricolo destro, nella a. polmonare (e quindi nei polmoni) e non occorre vuotare il cuore dell'aria penetratavi. Ma lo stesso non può dirsi per il cuore sinistro: completata l'operazione, e ristabilita la circolazione, degli emboli gassosi penetrano nei vasi coronari e ciò produce contrazioni fibrillari e conseguentemente la morte. È quindi necessario eliminare la possibilità di una tale complicazione: si può raggiungere questo scopo introducendo, appena finito l'intervento, e, subito prima di ristabilire la circolazione, un ago o una cannula, connessa con un apparecchio col vuoto, nel ventricolo o nell'aorta.

*
* *

Furono eseguite parecchie specie di operazioni: apertura dell'aorta e cauterizzazione delle valvole sigmoidi, plastica dell'arteria polmonare e del cono arterioso e quindi sezione dell'orifizio polmonare; sutura delle sigmoidi polmonari.

Queste tre operazioni furono eseguite allo scopo di determinare quali metodi operativi sarebbero possibili in casi di infiammazione, stenosi o dilatazione degli orifizi.

1° *Apertura dell'aorta e cauterizzazione delle valvole sigmoidi.* — Messa in evidenza l'arteria e serrato il peduncolo, l'aorta è aperta nel modo sopra indicato e subito due pinze vengono fissate per tener beante l'apertura praticata; si lava e si asciuga il sangue contenuto nel vaso e, rese

in tal modo ben visibili le valve, si cauterizzano col termocauterio; l'incisione è chiusa con sutura continua con seta cinese N. 1 sterilizzata in vaselina; una cannula curva, in comunicazione con un apparato a vuoto, è introdotta attraverso la linea di sutura nell'aorta ed è aspirata l'aria contenuta nel cuore sinistro; rimosso il klemmer, la circolazione è ristabilita dopo una interruzione di circa tre minuti. Chiusura del pericardio ed espletamento dell'operazione nei modi soliti.

2° *Plastica dell'arteria polmonare e del cono arterioso.* — Lo scopo di questa operazione è di determinare se è possibile l'allargamento dell'orifizio polmonare. Essa consiste nel suturare sulla superfiicie dell'arteria polmonare un lembo di vena conservata in apparecchio frigorifero e tagliare il bordo dell'orifizio sotto il lembo applicato.

Il manuale operatorio fu il seguente: Un pezzo di vena cava o di altra vena fu tagliata in forma di lembo rettangolare di circa cm. 2 1/2 per cm. 2, e questo lembo venne applicato sulla parte anteriore dell'arteria polmonare in modo che la sua parte di mezzo corrispondesse press'a poco all'ostio polmonare; ne vennero fissati i due bordi laterali e il bordo superiore per mezzo di una sutura continua; introdotta la branca lunga e acuminata della forbice sotto al margine ancora non suturato fu prima punta e poi tagliata la parete vasale; l'indice dell'operatore fissando il bordo inferiore del lembo sovrapposto riuscì a frenare l'emorragia che subito si produsse e quindi si condusse a termine la sutura anche sul quarto lato; e si ottenne in tal modo effettivamente un allargamento dell'orifizio polmonare. L'operazione fu condotta a termine senza arrestare la circolazione cardiaca: sebbene questa manovra implichi un maggior pericolo essa probabilmente semplificherebbe assai l'intervento.

3° *Sutura delle sigmoidi polmonari.* — Compresso il peduncolo cardiaco e aperto nel solito modo l'arteria polmonare e il ventricolo destro per mezzo di una incisone lunga 4 cm. condotta sul lato sinistro dell'arteria polmonare, press'a poco all'unione delle valve sinistra e anteriore, immediatamente sgorga abbondante sangue nero, che però si può facilmente detergere; si afferrano con due pinze i bordi della ferita ed è in tal modo facile l'aggressione della valvola. In un caso si unirono le parti posteriori delle valve sinistra e destra con un punto situato a circa 3 mm. di distanza dalla loro inserzione; in un altro, tagliata in mezzo la valva destra, furono di nuovo suturati i bordi del taglio con ago e seta fine sterilizzata in vaselina. Compiuto questo tempo si sutura di nuovo la ferita arterio-ventricolare, si rimuove il klemmer e si ristabilisce la circolazione la cui interruzione è durata circa 2 minuti e mezzo. Il cuore riprende subito le sue pulsazioni; e, riavviato il circolo, si porta a termine l'operazione con la sutura del pericardio e degli altri strati sovrastanti coi soliti metodi.

Il risultato di queste operazioni va considerato sotto due punti di vista: 1° il pericolo cui si espone la vita dell'animale; 2° l'effetto operatorio generale e locale.

Se la tecnica sopradescritta è mantenuta rigorosamente, il pericolo di vita è assai piccolo. L'A. ha eseguito, in collaborazione con Tuffier, otto volte la plastica e incisione dell'orifizio polmonare: un cane morì di pericardite pochi giorni dopo (probabilmente perchè l'operazione fu eseguita senza guanti)); un altro morì sul tavolo operatorio per contrazione fibrillare del cuore: ciò fu dovuto a un errore di tecnica in quanto invece di porre il lembo sul lato destro fu applicato sul lato sinistro dell'arteria e si constatò poi che alcuni punti avevano interrotto la circolazione in una notevole branca della coronaria; negli altri 6 casi gli animali non ebbero shock, rimasero, e sono tuttora, a 6 mesi dall'operazione, in ottima salute. Spesso l'incisione dell'orifizio fu troppo corta; in altri casi il lembo risultò troppo stretto e non permise alcuna dilatazione dell'orifizio.

Il risultato postoperatorio fu che non si apprezzò alcun rumore all'ascoltazione: tuttavia in due casi alcune settimane dopo comparve un soffio diastolico netto, che poi scomparve dopo 5 mesi. Va notato che il lembo innestato, posto a contatto da una parte con sangue venoso dall'altra con il pericardio, e quindi in condizione di nutrizione sfavorevoli, non andò incontro a necrosi.

I risultati della sutura delle sigmoidi furono migliori. Furono praticati tre interventi. Nessun disturbo si notò immediato e tardivo, nonostante l'interruzione circolatoria che si era provocata: poche ore e 25 giorni dopo l'operazione i cani si trovavano in condizioni perfettamente normali.

Lo scopo di queste operazioni era di dimostrare quale estensione si può dare a una operazione plastica sul cuore senza pericolo per la vita dell'animal.e L'esperienza dimostra che molti fattori di garanzia risiedono nella tecnica. E sarà forse possibile di condurre a termine con successo operazioni più complicate. A ogni modo resta dimostrato che pericolo di vita non esiste: e non è assurdo pensare che alcuni audaci chirurgi saranno in grado di conservare o di rappezzare delle lesioni valvolari nell'uomo.

SEBASTIANI.

**Contributo al problema del trattamento conservativo o operatorio delle ferite del cuore.**

A. Schäfer (*Münch. mediz. Woch.*, n. 19, 1915) nella sua pratica civile aveva già, con buon esito, operato due suture del cuore, una da taglio e l'altra da arma da fuoco trasfossa. Poichè tali operazioni possono essere eseguite con pochi strumenti e senza bisogno di assistenti molto abili, l'A. crede che le ferite del cuore debbano essere operate anche al campo. Traendoli dalla sua esperienza, fatta in tempo di pace, dà i consigli tecnici seguenti:

L'etere è preferibile al cloroformio. Le iniezioni di morfina o di scopolamina sono inutili in soggetti che debbono essere operati subito. Dopo l'operazione il paziente comincierà subito la ginnastica respiratoria per evitare le pneumoniti. Gli eccitanti sono da proibire prima dell'operazione; dopo si possono somministrare insieme con le infusioni di soluzioni saline. Preferisce un'incisione parallela alle coste, invece dei tagli a lembo.

I processi di iper- o ipo-pressione sono inutili. Il drenaggio del pericardio è pericoloso; quello della pleura superfluo.

La situazione del polmone alla parete anteriore del torace favorisce la riespansione del polmone e, poichè non presenta difficoltà di esecuzione, è bene farla nei casi nei quali si è aperta la pleura.

EGIDI.

## NEUROPATOLOGIA.

### Alcuni nuovi sintomi della idiozia famigliare amaurotica.

(ISADOR H. CORIAT. *Boston med. and surg. Journ*, luglio 1915).

Per quanto tale sindrome sia stata studiata bene negli ultimi anni, l'A. ritiene utile richiamare l'attenzione sopra alcuni sintomi affatto trascurati o incompletamente descritti.

*Riso esplosivo.* — È stato notato in tre casi; in uno comparve fra i sintomi iniziali e cessò 10 mesi più tardi allo scoppiare della scarlattina; negli altri due casi apparve alcuni mesi dopo lo sviluppo della malattia. Non è possibile decidere se esso rappresenti un segno di decadenza mentale, come nella sclerosi multipla o nella demenza precoce, oppure sia dovuto a lesione talamica.

*Idrocefalo.* — Presente in un caso dell'A. ed in uno riportato da altri.

*Sintomi bulbari.* — Osservati in un caso, con scolo di saliva, parola scandente, difficoltà di deglutizione, apnea; il bambino morì improvvisamente con paralisi bulbare.

*Ipotonia.* — Osservata dall'A. e da Kowarski come notevole flaccidità delle membra, analoga all'amiotonia congenita di Oppenheim.

*Fenomeni riflessi anormali.* — L'aumento delle reazioni riflesse in seguito a stimoli tattili e uditivi è uno dei fenomeni più interessanti di questa malattia. L'iperacusia, tanto caratteristica, è nota da lungo tempo e sembra che si trovi in quasi tutti i casi, almeno negli ultimi stadî, sebbene spesso scompaia con il progressivo indebolimento mentale. Essa fu descritta prima da Oppenheim in casi di diplegia spastica, e talvolta era tanto notevole che anche dei piccoli rumori potevano causare asfissia e perdita di coscienza; in uno dei casi dell'A. i suoni procuravano uno spasimo di tutto il corpo, le membra si irrigivano e si notava grande difficoltà a compiere i movimenti respiratorî.

Altro riflesso anormale è l'estrema sensibilità a stimoli tattili leggeri o alla luce; in tali condizioni basta il semplice tocco, o l'avvicinare agli occhi una lampadina elettrica tascabile per provare il riflesso pupillare, che subito si hanno scosse muscolari o irrigidimento di tutto il corpo. Tali fenomeni sono analoghi a quelli che si osservano nelle rane stricnizzate o, sotto certi punti di vista, all'aumento dell'eccitabilità riflessa negli animali scervellati.

Altri fenomeni riflessi si possono osservare: così la stimolazione plantare può provocare tremore della gamba corrispondente o contrazioni ritmiche del quadricipite, di durata maggiore dello stimolo stesso; talvolta si ha anche contrazione ritmica del quadricipite del lato opposto. In nessun caso sono stati osservati dal lato opposto i riflessi di Oppenheim e di Babinski.

La spiegazione di questi fenomeni riflessi anormali è piuttosto difficile. Essi dimostrano che certe facoltà inibitive nel sistema nervoso centrale sono deficienti, e ciò si comprende considerando l'involuzione che si nota in quasi tutte le cellule del sistema nervoso centrale. I riflessi del lato opposto e le contrazioni del quadricipite, in seguito a stimolazione della pianta del piede, sono probabilmente causati da un'irradiazione dal fascio piramidale, poichè ad ogni piano vi sono delle fibre di tale fascio che da longitudinali diventano più o meno orizzontali e, per mezzo della commessura bianca, passano dal lato opposto del midollo, fino al corno anteriore.

Il prolungamento della scarica riflessa dopo lo stimolo appartiene probabilmente ad un'irradiazione di tal genere, in cui è messo in attività

un numero di elementi motori maggiore che normalmente. Questa irradiazione dei riflessi del resto corrisponde alle cause dell'irradiazione nei riflessi spinali lunghi, come dimostra la seconda legge di Pflüger.

Anche l'aumento dei riflessi tattili ed acustici, che porta seco le contrazioni muscolari in parecchie parti del corpo trova la sua spiegazione nell'irradiazione patologica; gli stimoli raggiungono il cervello a traverso i neuroni periferici del tatto, vista, udito, irradiandosi ai centri motori, che colpiscono con maggior forza.

Ciò accade perchè la natura diffusiva della malattia con la distruzione meccanica delle neurofibrille, toglie certe inibizioni che normalmente esistono nel cervello, analogamente a quanto avviene negli animali stricnizzati.

FIL.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## Contributo clinico alla cura delle pleuriti purulente col metodo Bülau modificato

per il dott. MARIANO MITRA.

Il metodo Bülau nella cura dell'empiema ha dei fautori convinti e degli avversarî ostinati. Strümpell, Eichhorst, Huber, appena diagnosticano il pus colla puntura pleurica esplorativa, consigliano la toracotomia. Dei nostri l'Allaria in una nota clinico statistica sulle pleuriti purulente nei bambini conclude per l'intervento operatorio cruento e rifiuta il metodo a drenaggio chiuso e permanente dei tedeschi (Bülau) stimandolo di difficile applicazione nei bambini, di risultati molto mediocri negli adulti.

Il Di Giorgio della Clinica Pediatrica di Palermo pur non volendo dare un giudizio definitivo fa risaltare l'insufficienza del metodo nella terapia delle pleuriti purulente perchè i grossi grumi di pus viscoso e spesso occludono talora la cannula evacuatrice. Giustifica in linea transitoria l'uso del metodo nei casi in cui non si può adoperare la cloro-narcosi o quando le condizioni generali dell'infermo non permettono un trauma operatorio non indifferente (metodo di preparazione).

Il Magrassi è più esplicito. Ottiene migliori risultati dall'intervento chirurgico precoce approssimandosi alle idee del Ballenghien, fautore di larghe aperture del torace da eseguirsi d'urgenza.

A questa prima serie di astensionisti del metodo tedesco si contrappone un'altra serie di entusiasti sostenitori, tra cui il Frank il quale in una statistica di 43 casi curati in un decennio e con una guarigione del 55 % così conclude: il drenaggio con aspirazione a permanenza negli empiemi acuti costituisce il migliore processo operativo perchè mentre dà ottimi risultati terapeutici porge tanti vantaggi come la poca gravità dell'atto operativo, la sostituzione dell'anestesia locale alla generale, il trattamento postoperativo molto semplice, la guarigione senza aderenze dei foglietti pleurici, l'allontanamento di quei fatti bruschi che seguono alla decompressione rapida del torace.

Trovandomi a curare un infermo con empiema recidivante sono stato costretto a usare anch'io il metodo Bülau con risultati brillantissimi. Sono tratto a pubblicare il caso clinico per alcune modifiche apportate al metodo originale.

A... G... di anni 7 da Castelbuono. Immune il gentilizio ascendente e collaterale. La anamnesi remota personale niente ci offre di interessante. Dentizione, deambulazione, linguaggio ebbero svolgimento normale. Nei primi tre anni superò alcune forme esantematiche (morbillo, varicella) senza reliquati. Nessuna nota di malattia dell'albero respiratorio si rileva nell'anamnesi individuale passata.

In rapporto all'attuale malattia s'apprende ch'essa si iniziò circa 10 giorni addietro. Il bambino che per il passato godeva ottima salute fu preso da malessere generale fin dal mattino. Verso sera fu colto da febbre alta, preceduta da senso di freddo, tosse difficile, dolorosa, con scarso espettorato mucoso, dolenzia diffusa agli arti.

All'esame obbiettivo notasi:

Posteriormente al torace sinistro una zona d'ipofonesi della lunghezza di quattro o cinque centimetri verso il settimo spazio intercostale e ottava costa, tra l'angolare della scapola e la paravertebrale, con fremito vocale tattile aumentato, respiro bronchiale, rantoli crepitanti permanenti.

Fatta diagnosi di bronco polmonite a focolai confluenti ed esperite le cure del caso il bambino s'avvia verso la guarigione. Al 13° giorno vien preso da forte febbre, con brividi intensi ripetuti, dolore toracico posteriormente a sinistra e verso la base polmonare, dispnea, senso di prostrazione generale.

Il nuovo esame obbiettivo ci dà il seguente risultato:

Costituzione mediocre, stato della nutrizione generale scaduto, pannicolo adiposo poco conservato, ipotrofia e ipotonia muscolare, colorito della cute pallido sporco (tinta piemica), cianosi ai prolabi, edema assente alla periferia, presente invece al torace sinistro posteriormente per una zona che verrà descritta in prosieguo.

*Esame del torace.* — La metà sinistra è più slargata, cirtometricamente apprezzabile per più di 3 cm. con mobilità diminuita. Notasi lieve marezzamento venoso e lieve edema in corrispondenza di una zona compresa tra la quinta vertebra in giù fino all'ottavo spazio intercostale.

Alla palpazione si ha aumento di resistenza, espansione limitata a sinistra (accertata con la pressione sulle parti laterali del torace e sugli apici), dolenzia diffusa. Il fremito vocale tattile è posteriormente diminuito dalla regione sotto-spinosa in giù per due dita trasverse, poi completamente abolito: lateralmente dal quarto spazio, anteriormente dal quinto spazio in giù.

Alla percussione si ha a cominciare dalla spina della scapola ipofonesi che verso l'angolo di essa stessa si muta in afonesi estendendosi fino al nono spazio intercostale. Lateralmente l'ottusità va dal quarto spazio in giù portandosi alla faccia anteriore fino ad abolire lo spazio di Traube.

All'ascoltazione a sinistra c'è respiro bronchiale con abolizione completa del mormorio vescicolare nelle zone dianzi descritte. Sul resto respiro aspro.

A destra, ispezione, palpazione, percussione niente ci rivelano d'anormale. All'ascoltazione c'è respiro aspro con qualche rantolo instabile.

*Apparecchio cardio vascolare.* — Itto visibile a destra lungo la margino sternale. La palpazione ci conferma i dati assunti all'ispezione e niente altro.

La percussione ci dà spostamento del cuore a destra e cioè l'ottusità relativa ha come limite interno oltrepassata di un cm. e più la margino sternale destra.

All'ascoltazione toni netti profondi su tutti i focolai.

Polso piccolo, frequente, regolare.

C'è turgore delle giugulari.

*Apparecchio digerente.* — Di notevole c'è la milza palpabile, debordante per 2 dita trasverse dall'arco costale, il limite anteriore arriva fino all'emiclaveare prolungata. La consistenza è molle elastica lievemente dolorosa. Alla percussione si ha la conferma dei dati palpatori. Alvo irregolarmente aperto. Feci molli talora cosparse di muco. Urine: tracce d'albumina.

Si fa diagnosi di pleurite.

Eseguita la puntura pleurica a sinistra, all'ottavo spazio intercostale posteriormente, esce pus denso cremoso che ad un esame batteriologico lascia vedere diplococci di Fraënkel. Si pratica d'urgenza la toracentesi col Potain ed escono più di 1400 cmc. di pus denso cremoso.

Il bambino migliora, la dispnea diminuisce, così la cianosi, la febbre nei primi giorni successivi diminuisce d'intensità, la sudorazione decresce, nasce la speranza di una guarigione completa. In capo a 18 giorni ricompare l'anoressia, così la febbre risale a poco a poco fino a portarsi a un acme di 40.5, insorgono i brividi ripetuti, la tinta piemica s'accentua, la dispnea s'affaccia minacciante.

Una seconda puntura esplorativa accerta la neo-produzione di essudato purulento che si estrae subito come prima nella quantità di cmc. 1000.

Ne segue la nota di miglioramento marcata.

Dopo 20 giorni a una nuova poussée d'essudato consiglio l'Estlaender che è rifiutata e allora procedo a una terza toracentesi estraendo circa 1200 cmc. di pus.

Intanto le condizioni del bambino a pochi giorni di distanza peggiorano di nuovo a vista d'occhio. Cosparso di piaghe di decubito, con le gote smunte e gli arti stecchiti, cachettico, ha frequenti accessi di lipotimia appena cerca riposo, mutando di poco il decubito.

Per le condizioni defedate preannunzia non lontana la sua fine.

Non è più il caso di parlare di toracotomia e messi sull'avviso i parenti consiglio il metodo Bülau ch'è accettato.

Con disinfezione alla Grossich e anestesia locale, stovaina 1 %, procede all'incisione dell'ottavo spazio intercostale lungo l'ascellare posteriore. L'incisione è fatta di un centimetro e mezzo per permettere l'introduzione di un trequarti di quasi mm. 7 di diametro fino al cavo pleurico, poi estraggo il mandrino fissando la cannula con le dita, quindi introduco traverso questa un tubo di gomma che pesca per 12 cmc. nel cavo pleurico. Quando tolgo la cannula fisso il tubo al torace per un estremo e l'altro estremo innesto per mezzo di una cannula di vetro ad altro tubo di gomma sterilizzato e introdotto in una bottiglia di vetro bianco a collo largo della capacità di litro uno e mezzo e nel cui fondo c'è acqua fenica al 2 %. Il lume della bottiglia è chiuso da un tappo di sughero a perfetta tenuta e munito di 2 fori, uno per il passaggio del tubo e l'altro per la sfuggita dell'aria.

La perfetta tenuta del tappo è assicurata da uno strato di paraffina colata e distesa sull sua faccia anteriore. La bottiglia è posta a mezzo metro dal letto per impedire la brusca aspirazione. Ne segue una fuoruscita di pus, circa 1200 cmc., che è tolto la dimane estraendo il tappo della bottiglia e rimettendo tutto a posto con le stesse modalità.

Lo svuotamento si pratica ogni giorno, il pus quotidianamente decresce finchè il 30° giorno non va di là di cmc. 20. Alla 50ª giornata è di circa 10 cmc. e verso il 2° mese non dà alcun segno di sua presenza. Allora estraggo il tubo, medico a piatto con pennellature di tintura di iodio ai bordi, dopo otto giorni la ferita chiude senza lasciare conseguenze.

Va posto in rilievo che il bambino fin dal 40° giorno non sta più a letto, fa qualche passeggiatina fuori di casa portando seco la bottiglia in una sacchetta che pende ad armacollo giù presso le anche. Ora dopo 3 anni è sano e forte, s'affatica, cresce vigoroso con uno sviluppo esuberante di muscoli.

Per la cura dell'infermo mi sono allontanato dal metodo originale di Bülau in questo: Senza preoccuparmi dell'entrata dell'aria, come l'A. tedesco, fissai l'estremo toracico con cotone e strisce di garza attorno al tubo e immobilizzai con bende leggere, tagliate quest'ultime da incisione trasversale per il passaggio del tubo. Non usai la chiusura perfetta dell'incisione con punti di seta nè posi le strisce di cerotto a croce come Bülau.

Io invece d'impedire durante l'aspirazione la entrata dell'aria lasciai che questa filtrasse traverso quegli spazi che intercedevano tra il tubo e gli estremi dell'incisione toracica (a rima) pur essendo coperta di cotone idrofilo e benderelle di garza sterile. Nè tirando il mandrino occlusi subito la cannula per impedire l'entrata dell'aria come fa l'A. tedesco; ero edotto delle esperienze

del Silvestri, del Riva, ecc., che usano il metodo nipponico (Kawaara) utilizzando l'aria atmosferica per agevolare l'evacuazione dell'essudato viscoso, e per agire terapeuticamente sul processo flogistico stesso.

Un allontanamento completo dal metodo originale è il seguente:

Il Bülau non sposta la porzione intratoracica del tubo prima del quattordicesimo giorno. Io la spostai una volta al giorno allo scopo di pulire all'esterno e all'interno il tubo che talora presentava qualche grumo ostruente. Inoltre curai di rinnovare (sostituendola) la porzione intratoracica del tubo ogni otto giorni per evitare le conseguenze dell'azione erosiva del pus. Ogni volta asportavo nella permuta del drenaggio le strisce di garza e il cotone idrofilo di sostegno cosparsi di materiale purulento.

Durante queste manovre (pur occludendo subito il foro con cotone idrofilo trattenuto da bende Cambric) entrava sempre un po' d'aria che io trascuravo essendo convinto che il leggiero pneumotorace non era dannoso anzi curativo o per lo meno innocuo (Kawaara).

Dai risultati avuti dal mio caso clinico sono indotto a riferire:

1° Che nelle pleuriti purulente non bisogna affatto essere esclusivisti nella scelta del metodo. Il metodo del drenaggio con aspirazione o senza, chiuso o aperto, quello della pleurotomia costotomia, tutti hanno ragione di essere adoperati e con criterio di scelta caso per caso.

2° Nelle pleuriti purulente, che guariscono talora nei bambini spontaneamente, prima di arrivare al metodo che involge un'operazione assai cruenta, credo sia opportuno adoperare un metodo meno pericoloso, di più facile applicazione specie nei luoghi sprovvisti di armamentario chirurgico e di locale idoneo alla bisogna.

3° Il metodo del drenaggio a permanenza è *indispensabile* nei casi in cui riesce pericoloso l'uso della cloro-narcosi, *necessario* come metodo preparatorio nei casi in cui non si può usare un'operazione cruenta per lo stato degli infermi.

4° Non è mai trascurabile il metodo del drenaggio a permanenza perchè quando porta alla guarigione porge il vantaggio di darla assoluta, senza reliquati e senza quelle ritrazioni toraciche che apportano una diminuzione d'espansibilità polmonare con tutte le conseguenze di una minorata superficie respiratoria.

5° Nell'uso del drenaggio a permanenza non è giusto seguire in maniera pedissequa il metodo Bülau; meglio innestarvi quelle modifiche che il metodo nipponico suggerisce in rapporto all'entrata dell'aria, proficua a impedire in maniera sicura la decompressione brusca del torace, a rendere più tenue l'essudato, ad agire terapeuticamente sulla flogosi pleurica.

Castelbuono, giugno 1915.

BIBLIOGRAFIA.

RUDOLF FRANK. Medizin Klinik, 12 marzo 1911.
BELLENGHIEN. Pédiatrie pratique, 1904.
MAGRASSI. Pediatria, 1915, n. 6.
BRUMAZZI. Pediatria, 1906, n. 3.
ALLARIA. Pediatria, 1912, n. 9.
HUBER. Archives of Pediatrcs, dec. 1911.
SILVESTRI. *Contributo clinico al trattamento della pleurite purulenta col metodo Kawaara.* Policlinico, sez. pratica, fasc. I, 1915.
DI GIORGIO. *Contributo alla terapia delle pleuriti purulente,* ecc. Gazz. Int. di Med., Ch., Ig., n. 30, 1914.

## ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### Conversazioni castrensi promosse dal Gruppo di propaganda medica nella guerra.

Seduta del 30 settembre.

COULLIAUX (Milano). *Nuova forma di apparecchio contentivo in alcuni casi di frattura.* — L'O. presenta due soldati con ferita da proiettile di fucile, con frattura completa comminutiva aperta, della mandibola, da lui curati con l'applicazione di un piccolo apparecchio contentivo da lui ideato, consistente in un grosso filo d'oro adattantesi esattamente a tutto il contorno dell'arcata dentale inferiore, la barra anteriore congiunta con la posteriore mercè due o tre robusti sepimenti passanti negli interstizi dentali o negli spazi lasciati dalla mancanza di alcuni denti. Per fissare l'apparecchio si valse o di corone d'oro oppure di anelli imprigionati da ambo i lati fra le barre dell'apparecchio stesso, dando la preferenza alle corone in quei casi, nei quali il grande spostamento dei monconi abbisognava per la corretta loro contenzione di una forza maggiore; e di viti robuste che concorrevano del pari a forzare l'apparecchio contro il colletto di alcuni denti, approfittando del naturale sottosquadro offerto dal restringimento del dente al colletto.

Secondo l'A. vantaggi manifesti di questo apparecchio sarebbero di contenere sicuramente i frammenti senza immobilizzare la mandibola, ridonandole anzi gran parte di sua funzione senza essere ingombrante, scomodo ed antiestetico; di permettere una continua ed accurata pulizia e disinfezione della bocca; di non abbisognare di

alcuna fasciatura o mentoniera che può ostacolare l'opera del chirurgo nella cura di possibili lesioni cutanee e di permettere la rimozione di eventuali sequestri o di frammenti dentali senza dovere perciò togliere l'apparecchio; di non scuotere i denti; di non premere sulla mucosa; di essere leggero e relativamente di facile applicazione.

PEREZ (Pavia) nei due casi affidati al Coulliaux è rimasto pienamente soddisfatto del risultato ottenuto. Crede che l'apparecchio sia particolarmente raccomandabile nei casi di frattura comminuta esposta, in cui non è facile con altri mezzi contentivi mantenere una perfetta riduzione. La stessa sutura ossea che permette di ottenere una completa riduzione è spesso resa vana dalle consecutive parziali necrosi, frequentissime in simili focolai di frattura, ampiamente comunicanti col cavo orale e quindi infetti.

PEREZ (Pavia). *Su di un interessante tipo di lesione nervosa.* — L'O. coglie l'occasione della presenza di uno dei detti suoi infermi per richiamare l'attenzione dell'assemblea sulle alterazioni nervose determinate dal proiettile e sui risultati dell'intervento.

Il soggetto che egli presenta, un caporal maggiore del... fanteria, era stato accolto nell'Istituto di patologia chirurgica di Pavia per ferita da pallottola da fucile con foro d'entrata nella regione mandibolare destra (branca orizzontale) e foro d'uscita nella regione scapolare sinistra. Frattura comminuta della branca orizzontale della mandibola, paralisi motoria completa dell'arto superiore sinistro, compresi i muscoli scapolari, anestesia della regione deltoidea, ipoestesia su tutta la superficie del braccio, avambraccio e mano di sinistra, viva dolenzia invece alla palpazione delle masse muscolari, specialmente del bicipite e del tricipite e dei muscoli epicondiloidei.

A parte tali fatti, le condizioni dell'infermo erano rese particolarmente gravi dall'esistenza di disturbi respiratori e cardiaci. Respirazione piuttosto frequente, interrotta da brevi pause; la metà sinistra del torace si espande molto meno della destra. Talvolta veri fenomeni di asfissia con agitazione e cianosi. Frequenza ed aritmia cardiaca. Singhiozzo.

Qualcuno dei detti accessi di soffocazione era talmente grave da far pensare all'eventualità di una tracheotomia. Però, pur non potendosi praticare, a causa delle difficoltà dell'apertura della bocca, un opportuno esame laringoscopico, tuttavia dal complesso delle lesioni e dei disturbi funzionali, nonchè dai dati rilevabili dall'esame del tubo laringo-tracheale, era da escludersi come causa della detta dispnea un'alterazione delle vie aeree superiori.

I massaggi e le senapizzazioni alla regione cardiaca sono bastati a vincere i detti accessi. Il quadro sintomatologico conduceva alla diagnosi di una lesione del plesso cervico-brachiale di sinistra, la sola che poteva logicamente spiegare, dato il tragitto del proiettile, un'alterazione del frenico e dei rami brachiali.

Dopo circa un mese, persistendo i fatti paralitici associati anche ad un certo grado d'ipotrofia nella regione scapolare e nelle varie sezioni dell'arto superiore sinistro, ed essendo alquando migliorate le condizioni generali, nonchè quelle del focolaio di frattura della mandibola, si decide l'intervento.

Messo a nudo il plesso cervico-brachiale, nel tratto in cui si sospettava la lesione s'incontra una zona di tessuto cicatriziale evidentemente formatosi lungo il tragitto del proiettile, che imbriglia fortemente il nervo frenico ed il plesso brachiale, specialmente i quattro ultimo tronchi cervicali in prossimità della loro uscita dai fori di coniugazione. Rottura del 5° nervo cervicale.

Il ritorno del movimento fu immediato per le dita, a cominciare dal pollice, meno rapido per la mano e per i muscoli estensori dell'avambraccio, più tardivo e lento per il bicipite, il deltoide, i muscoli scapolari. I disturbi respiratori e cardiaci sono scomparsi abbastanza rapidamente. In atto 3 mesi dall'intervento il nervo circonflesso, il muscolo cutaneo e il soprascapolare sono i nervi che più stentano a riacquistare completamente la primitiva funzione, tutti gli altri movimenti si compiono quasi normalmente; perfetta la forza di prensione della mano. Perez spiega tale diverso comportamento nel ritorno della funzionalità, ricordando che appunto per i tre nervi anzidetti si ammette che le fibre decorrano dalla 5ª branca cervicale. In esse quindi si sarebbe avuta una vera discontinuità, mentre in tutti gli altri nervi esisteva un semplice imbrigliamento cicatriziale.

MEDEA (Milano). *Presentazione di casi oscuri di lesioni nervose traumatiche.* — L'O. presenta altri casi di lesione traumatica del cranio con interessamento cerebrale.

1° Caso di frattura del parietale destro (da scheggia di bomba a mano), seguito da emiparesi sinistra. Attualmente condizioni generali buone e sopratutto nessun fenomeno d'aumento della pressione intracranica, benchè esista tuttora un edema nauroretinico, senza però alcun disturbo del visus. Il fatto interessante in questo caso è una spiccata incoordinazione dei mo-

vimenti volontari dell'arto superiore sinistro, una vera e propria atassia di origine cerebrale. Accanto a questo fatto esiste una ipoestesia e ipoalgesia lieve della mano sinistra, ed è esistita — è ora quasi del tutto scomparsa — astereognosia sinistra.

2° Caso di frattura grave del parietale destro con depressione di frammenti da pallottola di shrapnel. Venne eseguita una craniectomia allo scopo di esportare il proiettile e i frammenti ossei. Dopo l'atto operativo scomparsa dei fatti jacksoniani di sinistra. Attualmente paresi dell'arto superiore sinistro; ipoestesia e ipoalgesia in rapporto all'avambraccio e alla mano; inoltre spiccato allargamento dei circoli di Weber e assoluta asteoreognosia. Inoltre lesione grave del senso di posizione delle dita ed anche della mano.

In questo caso i disturbi della sensibilità e l'astereognosia sono da riferirsi alla grave lesione in rapporto alla regione parietale, senza che però si possa stabilire in modo preciso se i fenomeni della astereognosia, che in questo caso non è pura, essendo accompagnata (come succede d'altronde nella grande maggioranza dei casi) da ipoestesia e da allargamento dei circoli di Weber, siano da riferirsi a lesione del g. centralis ant. o post. o al g. supramarginalis. È probabile però per altre considerazioni, che qui sia sopra tutto interessata la parietale ascendente.

F. PERUSSIA (Milano). *Dimostrazione di radiogrammi di lesioni traumatiche non frequenti della colonna vertebrale.* — L'indagine radiologica della colonna vertebrale offre un considerevole interesse diagnostico non solo per i casi di traumatismo recente, ma ancora per quelli antichi, in cui può mettere in evidenza una frattura latente, altrimenti misconosciuta. Inoltre l'esame coi raggi X è spesso in grado di consentire un prognostico più esatto e di indirizzare l'intervento terapeutico. Tuttavia non poche sono le difficoltà tecniche che si incontrano nell'esame radiologico della colonna; si tratta per lo più di malati gravi se il trauma è recente e quasi sempre di malati poco maneggevoli, anche se il trauma è antico; di più certi segmenti della colonna in determinate proiezioni si sottraggono in tutto o in parte ad una netta dimostrazione radiologica; occorre spesso molta pazienza e molta abilità per ottenere radiogrammi dimostrativi di fratture della colonna dorsale, cervicale e lombare. L'interpretazione dei radiogrammi non è poi sempre agevole cosa. Tutto questo viene dimostrato dall'O. sulla scorta di numerosi radiogrammi provenienti da feriti della guerra attuale. Sono dimostrati così casi non frequenti di frattura isolata delle apofisi trasverse e spinose, di fratture delle lamine e dei corpi vertebrali, ed è messa in evidenza l'importanza che ebbe in questi casi l'indagine radiologica, non solo precisando la diagnosi, ma talvolta modificando il prognostico ed indirizzando altrimenti il concetto terapeutico del chirurgo, con risultati oltremodo soddisfacenti.


***Premio Semigratuito:***

Prof. V. BARNABO'.

**I poteri defensionali e l'officio protettivo degli organi viscerali e parenchimali contro i germi delle infezioni chirurgiche.**

Data la notevole importanza dell'argomento, trattato esaurientemente in questa recentissima monografia, in cui sono riassunte le più moderne nozioni anatomiche, istologiche, cliniche e sperimentali, ed esposte le svariate ricerche e le concezioni personali dell'Autore, ci siamo procurati, certi di far cosa gradita ai nostri abbonati, il mezzo di offrire a condizioni vantaggiose un libro indispensabile non solo per chi si occupa di Patologia speciale chirurgica, ma altresì per chi studia la Patologia in genere delle malattie infettive.

Un vol. in 8° grande, di pag. XVI-922; in commercio L. **20**; pei nostri associati sole L. **12**, franco di porto.

Per ricevere quanto sopra inviare cartolina-vaglia *direttamente* al Prof. ENRICO MORELLI, Via Sistina, 14-15 - Roma.

Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico:*

PROF. L. FERRANNINI

**Docente di patologia e clinica medica nella R. Università di Napoli**

**Manuale di Semeiologia**

**Medica, Fisica e Funzionale**

2ª edizione, riveduta ed ampliata con prefazione del prof. G. Rummo

SOMMARIO. LA STORIA CLINICA — SEMEIOLOGIA FISICA GENERALE — *Semeiologia dell'apparecchio respiratorio — Id. dell'apparecchio circolatorio — Id. dell'addome — Il. dell'apparecchio digerente — Id. dell'apparecchio urinario — Id. del sistema nervoso — Id. del sangue — Id. del ricambio materiale.* — Volume in 16° grande, di 490 pagine, con 108 figure intercalate nel testo, rilegato in piena in tela inglese, **L. 7.** Per i nostri associati sole **L. 5,25** franco di porto e raccomandato.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Esperienze sulle ghiandole surrenali.

Crowe e Wislocki hanno studiato su 26 cani gli effetti prossimi e remoti dell'ablazione totale o parziale delle due ghiandole surrenali, in animali giovani o vecchi, e sono giunti a conclusioni che il Frigerio riassume nella *Rivista di patologia nervosa e mentale.*

Ecco i dati, che emergono dalle esperienze sul cane fatte dai due AA.:

Le ghiandole surrenali, e la corteccia forse ancor più della sostanza midollare, sono un organo indispensabile alla vita; difatti dopo estirpazione parziale la porzione midollare non presenta segni di ipertrofia nè macroscopica nè microscopica, mentre la corteccia si ipertrofizza sempre, per moltiplicazione ed ingrandimento, specie della zona fascicolata.

Una infezione cronica, in un cane con insufficienza adrenalica, si associa talvolta con fibrosi e distruzione cellulare nella zona fascicolata; un'infezione generale acuta negli stessi animali porta sovente distruzioni a focolaio complete, senza emorragie della zona fascicolare della rimanente porzione della ghiandola: nessuna alterazione si osserva nell'uno e nell'altro caso nella sostanza midollare.

All'asportazione totale di entrambe le ghiandole seguono spesso attacchi convulsivi, abbassamento della temperatura, sintomi di insufficienza surrenale acuta; questo quadro può però attenuarsi e l'animale compiere bene il suo sviluppo sia per quanto riguarda il suo accrescimento sia rispetto alle sue funzioni sessuali.

La manipolazione operatoria delle ghiandole produce glicosuria transitoria, ma l'insufficienza surrenale non porta alterazioni nel ricambio degli idrati di carbonio.

Praticando un trapianto di ghiandola surrenale, la parte corticale sopravvive, mentre la midollare si riassorbe: un frammento autoplastico quando attecchisca non ha alcun valore funzionale.

Quello che colpisce all'autopsia di un cane che da lungo tempo abbia un'insufficienza surrenale, è l'aumento delle ghiandole linfatiche mesenteriche e retroperitoneali, nonchè dei follicoli solitari dell'intestino, la qual cosa proverebbe un rapporto fra ghiandole surrenali e sistema linfatico.

Anche il timo può ipertrofizzarsi.

G. SABATINI.

### Virilismo surrenale.

Il dott. Tuffier, chirurgo dell'ospedale di Beaujon, ha diffusamente trattato, in una lezione dettata alla clinica del prof. Chauffard, dell'equilibrio morfologico dei tessuti e degli organi e studiando l'azione delle capsule surrenali ha riferito un fatto di *virilismo surrenale.*

Si comprendono sotto questo nome alcuni disturbi distinti sia da una precoce maturità nei bambini, sia dall'aspetto virile che può assumere una donna, prima e dopo la menopausa, sotto l'influenza d'un disturbo secretivo o d'un tumore benigno o maligno delle capsule surrenali.

Queste modificazioni possono essere psichiche, intellettuali e morali.

L'osservazione che ha dato origine alla comunicazione del Tuffier riguarda una donna di 62 anni la quale sino all'età della menopausa non aveva presentato alcun fenomeno speciale e che a quell'epoca vide sviluppare una ipertricosi facciale e generale ed una calvizie temporale di tipo mascolino. Il viso è congesto ed assume sopratutto nella sua porzione superiore l'aspetto speciale di un uomo. La iperstemia muscolare la fa dedicare senza stanchezza a lavori faticosi; non ostante la sua età, i suoi organi genitali esterni si ipertrofizzano in modo esagerato.

A seguito di un tumore addominale che asportato si riconosce per una semplice ipertrofia uterina si esplorano le capsule surrenali le quali appariscono certamente raddoppiate o triplicate di volume. L'ovaio destro è affetto da tumore che l'esame istologico mostra essere un adenoma surrenale (Chauffard). Esiste dunque in tal caso un complesso anatomo clinico che caratterizza il *virilismo surrenale.*

L'evoluzione clinica della sindrome dipende dalla *età* del soggetto e dalla *natura* del tumore; ma l'ipertricosi a sistemazione maschile è il sintoma costante (93.75 %). Quando si tratta di bambini la crescenza si attiva in proporzioni inverosimili, sempre con ipertricosi. Nell'età adulta e sopratutto dopo la menopausa si ha ipertricosi, iperstenia, ipertrofia degli organi genitali; mancano disturbi mentali secondari, mentre nei soggetti giovani il carattere si mascolinizza e si ha la *virago* di cui ha parlato Paré.

Il fatto che un iperfunzionamento della capsula surrenale possa determinare su di un organismo delle modificazioni tali da imprimere ad un adulto una chiara evoluzione verso il sesso opposto dimostra sino all'evidenza l'*influenza umorale* sulla vitalità dei tessuti.

T. I.

## CASISTICA.

### Le setticemie infantili.

Le setticemie si riscontrano in tutte le età; l'adulto, però, ha maggiori poteri difensivi contro di esse ed occorrono per il loro sviluppo delle circostanze occasionali (ferite, parti, piressie gravi, stati di depressione). Nel bambino, invece, esse sono più comuni e tanto più quanto più esso è piccolo. Ciò si deve al fatto che nel neonato e nei bambini di tenerissima età, si ha una minore alcalinità del sangue ed anche un certo grado di glicemia; inoltre, mentre l'adulto ha il 64 % di polinucleari, il bambino ne ha solo il 43 %, quindi in questo le reazioni fagocitarie saranno meno attive. Anche le reazioni umorali sono più deboli nel bambino, che ha minore proporzione di alessine e che, non avendo ancora subìto infezioni, non possiede che la fugace immunità trasmessagli dalla madre.

I germi possono penetrare da tutte le parti dell'organismo: dalla superficie cutanea lesa per impetigo, ectima, macerazioni epidermiche in seguito ad impacchi caldo umidi (in cui si hanno talvolta degli ascessi sottocutanei, tal'altra infezione bollosa suppurata con una piodermite e consecutive ulcerazioni terebranti), dalle mucose (amigdalite, intestino, genitali, orecchio, naso, ecc.).

Nei *prematuri* le infezioni più benigne possono provocare setticemie; Hutinel (*Progrès médical*, 1915, n. 37) su 19 autopsie di prematuri ha trovati in 15 i segni di setticemie da bacillo coli, stafilococchi, streptococchi.

I sintomi notati sono varî: rifiuto del seno, vomiti alimentari e biliari, diarrea, disturbi respiratorî, emorragie (broncopolmonari, sottocutanee ed encefaliche). In casi meno netti, l'unico segno è stata la perdita di peso: la temperatura presentava una curva parabolica, discendendo poi al di sotto della norma, mentre nei casi favorevoli, dopo essere salita, ridiscendeva alla normale.

In generale all'autopsia, salvo le lesioni bronco-pneumoniche non si riscontrano alterazîoni notevoli, che spieghino la morte: di solito il fegato è grasso, e gli organi più o meno congesti; da tutti si ottengono abbondanti colture di germi virulenti.

Il *bambino nato a termine* si difende meglio contro l'infezione, ma può essere ancora vittima della setticemia, sia congenita che acquisita. I sintomi sono diversi e, spesso, poco evidenti: talvolta ipotermia (colibacillosi), più spesso vomiti e diarree, rifiuto di alimenti; altri hanno cianosi, dispnea, convulsioni. I due elementi più importanti da prendere in considerazione sono il peso e la temperatura: il primo incomincia a mostrare irregolarità nella ascesa, poi resta stazionario, poi diminuisce; la temperatura sale abbastanza facilmente e presenta oscillazioni; il suo innalzarsi con l'abbassarsi del peso è un pessimo segno.

La localizzazione dei germi è delle più svariate; molti reumatismi, specialmente con suppurazioni articolari, non sono che setticemie a localizzazione articolare. Alcuni organi sono particolarmente vulnerabili, come i centri nervosi; si possono avere delle proprie suppurazioni delle meningi, oppure delle reazioni meningee, passaggiere. Può essere affetto il fegato (dando manifestazioni a carico degli organi digerenti), il rene (albuminuria, edemi, dilatazione del cuore destro, aumento di volume del fegato, elevamento della tensione arteriosa), le capsule surrenali, la tiroide, l'ipofisi.

La prognosi, pur essendo molto grave, non è necessariamente fatale; vi sono anche delle setticemie passaggiere, come p. e. nel corso della tifoide; qualche volta, anche in queste, però, i germi si annidano nel periostio o nei canalicoli biliari e determinano, anche dopo parecchi mesi, delle osteo-periostiti, colecistiti.

Nel trattamento, gli antisettici e le iniezioni di metalli colloidali sono inutili. Si dovrà invece stimolare l'organismo, attivando le reazioni dell'economia; mettere i bambini all'aria, al sole, in buone condizioni di vita, di nutrimento, di pulizia, cambiarli di ambiente; si citano ottimi risultati dall'elioterapia. Possono portare qualche vantaggio gli ascessi di fissazione.

FIL.

### Lo scorbuto infantile.

Comby (*Archives de Médecine des Enfants*, n. 4, 1915), sulla scorta di 26 osservazioni personali raccolte in oltre un decennio nota come lo scorbuto infantile o malattia di Barlow è identico per l'etiologia allo scorbuto degli adulti, la cui causa principale deve ricercarsi nella privazione troppo prolungata di cibi freschi e nell'uso eccessivo ed esclusivo di alimenti in conserva. L'influenza delle stagioni, del freddo, del caldo, del clima, dell'umidità, delle abitazioni, ecc. è poca o nulla, mentre grande è l'influenza dell'alimentazione, del latte conservato, degli alimenti non freschi, dell'uniformità del regime.

Su 26 bambini scorbutici curati dall'A. nessuno era allattato al seno, ma tutti artificialmente con latte sterilizzato secondo i diversi metodi (Soxhlet, Gaertner, ecc.); alcuni erano nutriti in aggiunta con delle minestrine di farina lattea.

Comby osserva come il rachitismo si trova spesso associato allo scorbuto tanto che da qualche autore la malattia di Barlow venne chiamata *rachitismo acuto emorragico,* ma in realtà il rachitismo non ha alcuna importanza etiologica poichè è la logica conseguenza dell'allattamento artificiale mal regolato: nessuna confusione quindi deve farsi fra rachitismo e scorbuto come non è il caso di parlare di rachitismo scorbutico.

Il quadro clinico della malattia è chiaro e netto pur essendo l'inizio molte volte insidioso: il bambino nutrito per parecchi mesi con latte sterilizzato e farine conservate comincia di un tratto ad impallidire e ad infiacchirsi: da gaio e vispo diventa triste ed inerte, un gran cambiamento si nota in lui.

Grida e si agita a ogni piccolo movimento, non vuole essere toccato; soffre nelle ossa e i suoi arti inferiori sono come paralizzati. Trattasi in realtà di una *pseudo paraplegia dolorosa,* caratteristica della malattia, che molte volte si accompagna con la presenza di ematomi sottoperiostei.

Dopo questa pseudo-paraplegia l'altro sintoma più frequente è l'emorragia gengivale: intorno agli incisivi superiori ed inferiori le gengive sono gonfie, talora così fortemente da simulare un tumore e questo gonfiore è tipico, di colore rosso intenso o violaceo quasi nerastro con delle piccole ecchimosi. L'emorragia gengivale manca di regola nei bambini nei quali la dentizione ancora non è iniziata.

Quando la malattia progredisce, si stabilisce presto uno stato anemico, una vera cachessia: i sintomi scorbutici aumentano ed il bambino può soccombere. Comby non ha riscontrato mai dei casi letali specie quando la diagnosi si fa subito e quando la cura si stabilisce al più presto, tuttavia crede possibile la confusione con altri stati morbosi quali il reumatismo articolare acuto, il rachitismo, il male di Pott e la sifilide ereditaria.

Bisogna procedere ad una osservazione minuta del piccolo paziente e quando si tratta di bambino già vispo e robusto che di un tratto si mette a gridare quando è toccato, che diventa pallido mentre era colorito, che sanguina dalla bocca, che presenta delle ecchimosi gengivali e dei gonfiori alle ossa e alle membra e la caratteristica pseudo-paraplegia dolorosa, bisogna pensare alla malattia del Barlow.

La cura del morbo si può riassumere così:

1° Lasciare il bambino in riposo, calmo, tranquillo, senza bagnarlo o frizionarlo, senza tentare di farlo muovere minimamente.

2° Sopprimere subito tutti gli alimenti in conserva e dare del latte fresco.

3° Dare ad intervalli delle piccole dosi (un cucchiaino da caffè ogni 3 ore) di succo di arancio o d'uva o di limone.

4° Nei bambini grandicelli, dopo un anno, aggiungere due o tre cucchiaini al giorno di *purée* di patate.

Con questo trattamento la guarigione è rapida.

Dott. GIOVANNI GENOESE.

## TERAPIA.

### La scopolamina-morfina nel parto.

L'uso di questa miscela è ben noto ai chirurghi; essa riduce al minimo la quantità necessaria di cloroformio, diminuisce la nausea ed i vomiti, abbrevia lo stadio di eccitamento, dà una minore salivazione, rendendo più difficile lo sviluppo di una pneumonite, e prolunga lo stato di sonno, ciò che evita le sensazioni dolorose che seguono, di solito, l'anestesia cloroformica od eterea.

Si sono però segnalati degli svantaggi, con l'uso di tale miscela. Così, talvolta non si ottiene con essa l'effetto desiderato: si ritiene poi che eserciti un'influenza dannosa sulla respirazione: certo sono noti i fatti sia di idiosincrasie per la morfina, sia che la scopolamina ad alte dosi può produrre paralisi respiratoria: e si conoscono, in seguito all'uso di scopolamina-morfina, casi di morte con paralisi respiratoria contro la quale è inutile la respirazione artificiale.

Ben differenti però sono le condizioni con cui ha da fare l'ostetrico: egli con l'uso della scopolamina-morfina, tende ad ottenere uno stato crepuscolare della coscienza, che impedisca di sentire il dolore del parto; ciò soltanto nel caso di parti normali, chè ove si tratti di ottenere l'anestesia profonda per procedere ad operazioni, sarà necessario il cloroformio.

La paziente deve percepire il dolore, ma non appercepirlo, e deve trovarsi in uno stato simile a quello di una persona, che, profondamente immersa nel sonno, nel cuore della notte viene improvvisamente svegliata; essa potrà eventualmente rispondere a qualche domanda che le si rivolga, ma al mattino non avrà nessun ricordo dell'incidente della notte.

Due sono i vantaggi della scopolamina-morfina nel parto: la perdita della memoria e l'analgesia. La prima può essere di una certa utilità, oggi che la gravidanza non può più chiamarsi un processo normale e quindi le sofferenze femminili sono aumentate, per cui il ricordo dei dolori di un parto può essere una delle cause di sterilità volontaria. Non bisogna però ritenere che l'amnesia sia sempre completa, talora è imperfetta o manca affatto, secondo il modo di som-

ministrazione, la costituzione della paziente e l'ambiente che la circonda. Anche l'analgesia talvolta è completa, mentre tal'altra si ha soltanto una diminuzione di dolore: questo ad ogni modo è sempre modificato, sicchè, fra amnesia ed analgesia, si ha come risultato il parto indoloro.

Halliday Croom (*Edinburgh medical Journal*, agosto 1915) ha usato, nei numerosi casi trattati, il preparato di Borroughs-Welcome di milligrammi 0.32 di scopolamina e 1 centigrammo di morfina. Si fa un'iniezione ipodermica o intramuscolare (regione glutea) all'inizio del secondo stadio del parto, sempre quando esso sia in piena attività. L'iniezione può ripetersi ad intervalli fino a che sia raggiunta l'amnesia; però per evitare effetti dannosi sul feto non deve somministrarsi più quando manchi un paio d'ore alla fine del parto. Per riconoscere l'amnesia, si può 3/4 d'ora-1 ora dopo la prima iniezione, far vedere alla paziente un oggetto (orologio) e rimostrarglielo 1/2 ora dopo; se la paziente ricorda che le si è mostrato ancora, si farà una seconda iniezione, la terza si farà eventualmente dopo altre due ore, secondo le condizioni della paziente. Va da sè che, se già dopo la prima iniezione si mostrasse l'amnesia, non si faranno le altre; non è poi necessario l'impiego sistematico della prova descritta, bastando spesso un orientamento sui riflessi di coordinazione e sulle condizioni generali della paziente.

I maggiori vantaggi si otterranno nelle primipare, tenuto conto appunto della relativa lunghezza, in esse, del secondo stadio del parto; gli effetti più evidenti, poi, si avranno nelle primipare nervose.

Per ottenere lo stato crepuscolare sono necessarie certe condizioni di ambiente, come la semioscurità della stanza, una perfetta quiete e l'influenza di una buona infermiera, tutte condizioni che, salvo l'ultima, si trovano più facilmente nella pratica privata, in cui, appunto, le probabilità di successo sono maggiori che nella ospitaliera: qui il rumore e la luce di una sala da parto, possono indurre un subitaneo risveglio, che può, anche, distruggere l'amnesia.

La presenza del medico sarà sempre necessaria nella casa della paziente per la sorveglianza e l'opportuno intervento.

Le controindicazioni e gli svantaggi della scopolamina-morfina non hanno la stessa estensione nell'ostetricia come in chirurgia. Se ne eviterà l'uso in caso di affezioni generali degli organi respiratori, di inerzia uterina, anemia, debolezza e specialmente quando si riscontrino nell'anamnesi dei parti molto brevi e delle malattie intercorrenti. Per converso la miscela sembra avere buoni effetti nelle malattie cardiache, diminuendo la paura per il dolore, e le cause di shock determinate dal dolore stesso.

È quasi inutile aggiungere che l'azione di detta miscela differisce nei diversi individui: alcune donne ne sono eccitate, diventano congeste e loquaci; in generale, però, non si hanno complicazioni degne di nota.

Terminato il parto, se la puerpera non è disturbata, si ha un sonno di 2-3 ore, dopo il quale essa si sveglia, sentendosi affatto bene, ignara di quanto è accaduto, senza apparenza di fatica, o di esaurimento nervoso.

Dall'A. e da altri la scopolamina-morfina è stata usata in migliaia di casi con ottimi effetti sia per la madre che per il figlio; gli insuccessi si dovrebbero attribuire alla natura del preparato, all'uso di eccessiva quantità di morfina, e forse anche ad una tecnica imperfetta.

Non si può disconoscere però l'azione di essa sul feto in cui determina uno stato di oligopnea, ciò che non può meravigliare, quando si consideri la suscettibilità del bambino alla morfina. Sebbene la barriera placentare opponga una certa resistenza, la scopolamina-morfina arriva al feto, sia pure in quantità infinitesimali; di essa si trovano inoltre delle tracce nel colostro e nel latte, per il che vi è la possibilità di intossicazione del neonato.

Per queste considerazioni si comprende che la presenza del medico è sempre necessaria; il bambino nasce non asfittico, ma in uno stato di sonnolenza provocata dalla morfina: è possibile altresì che la scopolamina eserciti la sua influenza sul centro respiratorio, sicchè il bambino ha bisogno di maggior quantità di anidride carbonica nel sangue per stimolare tale centro. Le accennate condizioni del neonato possono allarmare chi non ha pratica sufficiente, ma, in generale, non sono serie: personalmente l'A. ha veduto un solo caso mortale.

La mortalità totale nei casi trattati con scopolaminamorfina, anche supponendo che la morte dei neonati sia dovuta soltanto ad essa, è del 2.15 %. Al ogni modo l'oligopnea va tenuta in considerazione e trattata in conseguenza.

FIL.

### Trattamento della leucorrea vaginale.

Secondo Curtis (*American gynecological Society* 1914) la leucorrea vaginale cronica non si osserva che raramente nelle nullipare o vergini se non nella forma blenorragica; nelle donne che hanno partorito, invece, in seguito a infezioni in rapporto con la gravidanza, ad alterazioni anatomiche consecutive ai parti, ad una secrezione esagerata di muco.

Nelle donne con leucorrea cronica il contenuto uterino sarebbe sterile, mentre le secrezioni vaginali contengono una notevole quantità di germi infettivi, specialmente anaerobi: lo stesso gonococco agirebbe nel senso di preparare il terreno per detti germi. Le secrezioni vulvari sono invece caratterizzate da germi aerobii, i quali non penetrano nelle parti profonde che per mezzo di iniezioni o di ripetute esplorazioni.

Da queste osservazioni derivano dei consigli terapeutici. Sono quindi da abbandonarsi i trattamenti intrauterini, vista la sterilità del contenuto dell'utero; limitarsi, in casi d'infezione alla dilatazione del collo, con qualche applicazione topica (iodio, ecc.), proscrivere altresì le iniezioni e le applicazioni di tamponi.

Combattere invece tutte le cause di diminuzione della resistenza locale: le lacerazioni consecutive ai parti e le relative cicatrici; il rilasciamento delle pareti vaginali causa di pieghe e di accumulo delle secrezioni; l'infezione blenorragica dell'uretra, ghiandole del Bartolini, ecc.; l'esagerata secrezione di muco del collo, escidendo le porzioni ghiandolari, facendo ripeture cauterizzazioni con una soluzione di nitrato di argento al 20 %, eccellente anche per distruggere i gonococchi in profondità.

Sono da consigliarsi anche le polveri inerti che agiscono assorbendo le secrezioni irritanti, e la vaccinoterapia, ricercando se vi è un microorganismo predominante e preparandone un vaccino da iniettarsi progressivamente ogni 4-6 giorni in dosi crescenti da 10 a 200 milioni.

FIL.

---

# POSTA DEGLI ABBONATI.

(570) *Sulla cura del catarro secco dell'orecchio medio.* — Desidererei sapere quale è la cura più efficace del catarro secco dell'orecchio medio e se vi è modo di ottenere un miglioramento dell'udito e di ostacolare il progresso della malattia. Desidererei anche conoscere se l'uso della pilocarpina in tale forma è del tutto innocente o può avere una ripercussione dannosa sul decorso della malattia.

Ringraziando. Dott. Silvio Geremia.

La denominazione catarro secco dell'orecchio medio non risponde più alle moderne concezioni che si hanno sulle lesioni catarrali croniche della cassa timpanica. In massima può dirsi che vanno comprese due forme morbose profondamente diverse sotto questo nome, cioè l'otosclerosi propriamente detta od osteospongiosi della capsula labirintica, che può essere di origine luetica, osteomalacica, rachitica od anche legata ad alcune diatesi, e la otite media iperplastica che è consecutiva a flogosi croniche della mucosa di rivestimento della cassa legata per lo più a stenosi tubarica.

Fatta questa distinzione diagnostica è naturale che la cura debba essere diversa. Nella otosclerosi le cure locali hanno avuto sempre insuccesso, anzi peggiorano la malattia; il trattamento corrisponderà alla causale della malattia: nell'osteomalacia, la vaccinazione alla Wright, nei rachitici il fosforo, nei sifilitici la cura specifica.

Nella otite media iperplastica le cure locali realmente avranno un valore importante, se non per guarire, per migliorare la malattia ed arrestarne il decorso.

Queste cure consistono nelle iniezioni pertubarie di solfato e cloridrato di pilocarpina all'1 % (1 o 2 gocce), di tiosinamina, fibrolisina (in caso di essudati che tendano ad organizzarsi e che vogliamo riassorbire, unitamente a getto di vapori caldi iniettati a 1/2 atmosfera); di cloruro di adrenalina 1 o/oo (in caso di congestione o di idrotimpano); di ergotinina Tauret (a scopo ischemizzante quando vi sono rumori forti); di soluzioni di potassa e soda caustica leggerissime per sciogliere le briglie cicatriziali.

Tutte queste cure vanno eseguite dopo competente ed esatta diagnosi, una o due volte la settimana, e fatte a periodi di uno o due mesi, con interruzione di due o tre mesi.

Nessuno di questi rimedi, compresa la pilocarpina, può esercitare dannosa influenza sull'udito. Prof. FERRERI.

(571) Sarei grato a cotesta onorevole Redazione se volesse indicarmi nella « Posta degli abbonati » se esiste in Italia o all'estero qualche Sanatorio per malattie nervose in cui si pratichi la cura dell'impotenza nevrastenica con l'unico metodo, forse, razionale, quello cioè della rieducazione sessuale.

Desidererei conoscere inoltre qualche libro che parli diffusamente di questo argomento.

Ringraziamenti Dott. Z.

Non esiste in Italia alcun Sanatorio speciale per l'impotenza virile; ma dappertutto se ne fa, all'occorrenza, la cura sia fisica, sia psichica. La « rieducazione sessuale » riguarda — naturalmente — il psichico, non il fisico; ma sono rari i casi in cui, con questo metodo, si possa ottenere la guarigione.

La « rieducazione » ha valore nella impotenza per tendenze omosessuali. Nella impotenza *neurastenica* bisogna ricorrere anche ai metodi fisici e farmaceutici. Si è fatto grande scalpore

intorno alla guarigione della *impotenza psichica* col metodo « psicoanalitico » di Freud. Chi scrive però non ha fede in questo metodo curativo. Il dott. Z. potrà informarsi in proposito consultando le opere e i periodici di Sigmund Freud e suoi scolari. I periodici si pubblicano a Vienna, a Zurigo, nel Nord-America.

SANTE DE SANCTIS.

(572) La prego darmi colla sua solita cortesia risposta a questa mia domanda nella rubrica « Posta degli abbonati » :

Allo stato odierno delle nostre conoscenze quali sono le indicazioni precise per prescrivere il salasso in un polmonitico? Grazie.

Siderno. M. B.

La sottrazione sanguigna nei polmonitici può soltanto praticarsi quando la malattia inizia con sintomi molto notevoli ed in pazienti forti e robusti, i quali in precedenza erano in perfette condizioni di salute. CIUFFINI.

(573) Prego darmi consiglio riguardo ad un manuale pratico e moderno delle malattie della pelle corredato di figure che siano la fedele riproduzione delle varie forme morbose.

Ringraziando.

Abbonato n. 1139.

Non saprei consigliare nulla di meglio che il « Trattato di malattie della pelle » di A. Neisser e J. Jadassohn, edito nella traduzione italiana dalla Società Editrice « Dante Alighieri » di Albrighi, Segati e C. e che il « Policlinico » dà quale premio semigratuito ai suoi abbonati. L'opera è corredata di buone figure, se pure non numerose, prese dal vero e non da calchi in cera, come la maggioranza degli atlanti moderni di malattie cutanee ed anche di molti manuali stranieri di dermatologia.

V. MONTESANO.

(574) Rivolgo viva preghiera perchè mi si indichi uno o più trattati o monografie, i più completi che vi siano, riguardanti l'esame chimico e citologico del liquido cerebro-spinale.

Ringraziamenti. Abbonato 3552.

Una buona trattazione dell'esame fisico, chimico, citologico e serologico del liquido cefalorachidiano a scopi clinici trovasi nel « Trattato di Diagnostica Clinica delle malattie interne » del Krause, la cui traduzione è ora pubblicata dalla Casa Editrice Dottor F. Vallardi, e nel trattato delle malattie del midollo spinale di Dejerine e André-Thomas, la cui traduzione è stata pubblicata dall'Unione Tipografico-Editrice Torinese. DR.

# VARIA.

**Consigli pratici ai soldati per difendersi dal freddo.** — Mentre il nostro esercito si accinge ad affrontare i rigori di una campagna invernale in montagna, mentre Governo e Paese preparano ai soldati indumenti che li proteggano contro l'inclemenza dei luoghi e della stagione, non mi è sembrato inopportuno raccogliere brevi note pratiche riguardanti questi punti principali:

1° come possono i soldati utilizzare nel miglior modo gli indumenti che sono messi a loro disposizione;

2° come si possono evitare alcune cause che favoriscono l'insorgere dei gravi accidenti da freddo;

3° che cosa si deve fare per soccorrere prontamente ed efficacemente un individuo colpito da congelazione.

A quanti nel periodo attuale, colle più svariate forme di assistenza, provvedono a tutelare la salute dei nostri soldati, io confido queste paginette, nella speranza che per mezzo loro esse possano arrivare a coloro cui sono dedicate.

LINA NEGRI.

Il freddo è uno dei nemici più insidiosi per il soldato che combatte; dalle semplici sofferenze può condurre fino a lesioni gravi e permanenti.

Bisogna opporgli le più energiche difese; occorre aver abiti caldi e pesanti per poterlo affrontare; ma occorre sopratutto che questi siano utilizzati in modo da cavarne il maggior vantaggio possibile.

*Per le mani.* — Le mani devono essere gelosamente riparate dal freddo; il dolore provocato dalle basse temperature può rendere temporaneamente impossibile l'uso delle mani; la congelazione, quando colpisca uno o più dita, può comprometterne definitivamente la funzione e anche condurre alla perdita completa della mano.

I guanti di tessuto spesso, di pelle o di cuoio, foderati di pelo, sono utili contro il freddo poco intenso, a condizione però che mani e dita vi si trovino comode, non ristrette. Se il freddo è intenso, i guanti devono essere abbandonati come inutili o anche pericolosi, e sostituiti coi guantoni o monchini o mufle. Le dita del guanto comune, pure essendo larghe, ostacolano sempre almeno un poco la circolazione del sangue e così predispongono ai geloni; nei guantoni invece le dita riunite liberamente nello stesso sacco profittano tutte del calore dell'estremo inferiore dell'arto, favorendo così la circolazione del sangue; rimane separato solo il pollice per il quale i pericoli di congelazione sono minori, trovandosi esso meglio irrorato di sangue; del resto, quando si raffredda, è possibile riscaldarlo fa-

cendolo passare nel sacco comune colle altre dita.

Coll'esercizio, il soldato riesce ad abituarsi a tenere il guantone pure adoperando la mano per gli usi comuni; vi sono dei guantoni che hanno un dito separato anche per l'indice, in modo da permettere il maneggio del fucile; negli intervalli però, quando la mano è in riposo, conviene riportare l'indice nel sacco delle altre dita.

È inutile, anzi può riuscire dannoso, mettere due paia di guanti sovrapposti.

La congelazione delle dita si stabilisce in modo insidioso; il dito colpito prende un colorito bianco-avorio e diventa insensibile; anzi quando comincia a congelare scompare la precedente sensazione dolorosa di freddo. Bisogna intervenire energicamente facendo frizioni colla neve o col guanto dell'altra mano; riscaldare il dito colpito mettendolo in bocca oppure sotto l'ascella; agitare violentemente la mano distesa e lasciata inerte, sbattendola contro la spalla dell'altro lato. Continuare le manovre fino a quando un dolore vivo quasi insopportabile, nel dito colpito, annuncia vicina la guarigione; se ciò non riesce, domandare l'aiuto del medico. Ricordarsi però di non esporre mai al fuoco l'arto congelato, nè di immergerlo nell'acqua calda. Ciò potrebbe condurre a gravi conseguenze.

*Per i piedi.* — Anche per i piedi, come per le mani, il freddo può produrre da semplici geloni fino a vere e proprie congelazioni, talora con perdita completa delle estremità.

La causa principale che predispone le estremità inferiori a questi gravi accidenti sta nelle cattive condizioni della circolazione sanguigna.

La calzatura non è mai troppo larga per prevenire gli accidenti da freddo. La parte di essa che riveste le dita non deve essere appiattita ma leggermente convessa, in modo da lasciare loro libertà di movimento, e da permettere di introdurre almeno due paia di calze, l'uno leggero a diretto contatto col piede, l'altro più spesso sovrapposto al primo; riesce utile aggiungere pezze o fascie, oppure sottosuole e suolette di cartone, di paglia, di feltro, di panno, ecc. Ma la calzatura deve essere ampia, in modo da contenere tutto ciò senza che il piede venga stretto in alcun punto.

La circolazione sanguigna va sorvegliata non solo per il piede, ma per tutto l'arto inferiore; fascie, mollettiere, ghette, lacci delle scarpe, non devono mai essere troppo stretti.

Quando fa freddo non si usino corpi grassi per ungere i piedi. Invece si lavino il più frequente possibile con acqua fredda e poi si frizionino fortemente. Sarà possibile in questo modo evitare la comparsa di geloni. Collo stesso mezzo si eviteranno i geloni alle mani.

Contro i geloni, alle mani e ai piedi, il rimedio più efficace è rappresentato dalle pennellature colla tintura di iodio.

Si procuri, per quanto è possibile, di avere sempre scarpe asciutte. A 10°, 12° sotto zero le scarpe umide di cuoio comune si congelano, diventano dure e si spaccano facilmente. Si cerchi di riscaldarle vicino al fuoco o di cospargerle di petrolio. Quando fa molto freddo riesce inutile spalmare le calzature con sostanze grasse; questa pratica è invece molto utile nel freddo umido.

Nel caso di prolungata immobilità forzata, p. es. nelle trincee, si può evitare che i piedi si raffreddino, avvolgendo le scarpe con panni o anche colle stesse fascie mollettiere.

Quando un soldato, fermo o in cammino, ha tanto freddo che « non sente più » i suoi piedi, si deve sospettare o temere la congelazione. Togliere rapidamente le scarpe, mettere il piede a nudo e frizionarlo a lungo con energia; riscaldare l'estremità colpita mettendola sotto l'ascella di un compagno, fra le coscie, sulla pelle nuda; poi frizionare di nuovo. Evitare assolutamente di esporre al fuoco l'arto congelato.

*Per il viso.* — Il « passamontagne » rappresenta il mezzo più semplice e più efficace per impedire le sofferenze e i danni dell'aria fredda sul viso. A coloro che non lo possono sopportare per il senso di costrizione che esso produce, si consiglia di ricorrere a questo mezzo: in un pezzo di flanella robusta si ritagliano due orecchiali, si cuciono ai lati del berretto e si applicano strettamente contro gli orecchi per mezzo di due nastri legati sotto il mento.

Per evitare la molestia che produce il vento quando a basse temperature sferza sul viso, tagliare una placca di cuoio o di cartone ed applicarla a guisa di paravento, fissandola sotto il passamontagne o sotto gli orecchiali, oppure fra il capo e il copricapo, dal lato dove soffia il vento.

Quando si devono fare marcie su nevai o ghiacciai, bisogna usare gli occhiali appositi, se non si possiede un passamontagne; per proteggere il viso dall'azione irritante del freddo e della luce, torna assai utile distendere sulla cute uno strato di nero fumo (p. es. servendosi di un tappo di sughero bruciato).

Si deve porre grande attenzione per evitare le congelazioni del viso. Quando una parte del viso comincia a essere colpita, il dolore non è più avvertito perchè si perde la sensibilità; l'individuo quindi non se ne accorge e perciò sono i compagni che devono sorvegliare il viso dei vicini. Le parti più facilmente esposte a congelare sono: il naso, le guancie, il mento imberbe, gli orecchi non protetti; una parte che fu colpita

una volta ha tendenza ad essere poi nuovamente affetta. Il male si manifesta colla comparsa della caratteristica macchia di colore bianco avorio; immediatamente i compagni, oppure lo stesso individuo colpito, devono eseguire energiche frizioni della parte, fino a quando la macchia scompare e ricompare la sensibilità.

Le frizioni colla neve — tanto per il viso quanto per le mani e per i piedi — sono opportune solo quando la neve è appena caduta, in soffici fiocchi; quando invece, per le basse temperature, essa è ridotta in polvere, o cristalli, o ghiacciuoli, la frizione riuscirebbe dolorosa e produrrebbe escoriazioni inutili o pericolose.

A basse temperature è pericoloso spalmare il viso con sostanze grasse; congelando a temperature poco basse, queste impediscono di rilevare le macchie bianche caratteristiche della congelazione.

A basse temperature, evitare ogni contatto con metalli; coloro che portano occhiali o stringinaso devono fasciare con lana o cotone le parti metalliche che stanno a contatto con la cute.

*Per la persona.* — Due abiti sovrapposti, anche se leggeri, proteggono dal freddo meglio di un solo abito pesante. Così due paia di mutande di tela proteggono meglio di un paio di lana; due camicie di tela meglio di una sola camicia di flanella. Naturalmente i migliori effetti si raggiungono sovrapponendo p. es. due paia di mutande, uno di tela e uno di lana; due camicie, una di tela e una di flanella; ecc.

Dei due indumenti, quello più esterno deve essere di tessuto molto fitto, impermeabile all'aria.

Sovrapponendo diversi indumenti, si eviti di stringere gli arti in corrispondenza della loro articolazione col tronco; ciò riuscirebbe di danno, inceppando i movimenti degli arti, e sovratutto ostacolando la circolazione del sangue; ogni ostacolo alla circolazione del sangue favorisce l'insorgere degli accidenti da freddo.

Il vestito esterno deve essere ben chiuso ai polsi per mezzo di legacci, ai polpacci con ghette o fascie mollettiere, al tronco con un cinturone; ma tutto ciò sia fatto senza ostacolare i movimenti delle membra e la circolazione del sangue.

La carta (giornali, carta da pacchi) rappresenta un efficace mezzo protettivo contro il freddo, per il tronco e per le estremità inferiori. Si usa interponendone degli strati tra il farsetto a maglia e la giubba, e fra le pezze da piedi o le calze e le scarpe.

Quando si disponga di sacchi di pelle o di tessuto fitto impermeabile all'aria, foderati internamente di pelo, si può dormire senza sofferenze e senza pericoli anche in climi molto freddi; ma questi sacchi pure essendo leggeri sono ingombranti e non sempre adatti ai soldati in marcia o sulle linee di combattimento. Il sacco di pelo può essere utilmente sostituito da un sacco di lana comune rivestito di tela.

Per chi non abbia a sua disposizione questi mezzi, la coperta, il cappotto regolamentari possono bastare purchè si badi a proteggere gli arti inferiori. Buoni risultati può dare questa semplice pratica: levate le scarpe, si introducano i piedi nelle maniche della giacca o di una sottoveste di maglia, chiudendo le estremità delle maniche con dello spago oppure coi lacci delle scarpe.

Le bevande calde, brodo, latte, caffè, thè, sono eccellenti presidii contro il freddo; l'alcool deve essere considerato solo come medicamento riservato ai casi di estrema necessità; quando venga usato di frequente perde la sua efficacia; usato per abitudine riesce addirittura dannoso. (Dal *Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig.*, 31 luglio 1915).

**La difesa contro il freddo.** — Il prof. G. Sanarelli ha inviato da Parigi alla « Tribuna » una interessante lettera per la difesa contro il freddo; ne riportiamo la chiusa: « Risolto il problema del freddo ai piedi, il più è ottenuto. La difesa contro il freddo del corpo rimane grandemente facilitata e ad essa può provvedersi con alcune norme di igiene generale e con indumenti d'uso comune. Riguardo all'igiene generale, deve anzitutto condannarsi il consumo delle bevande spiritose. Esse sono erroneamente considerate da molti, come agenti di calorificazione. Al contrario: l'alcool paralizza i nervi vasomotori, provoca la dilatazione dei capillari sanguigni periferici, vi rende pigra la circolazione, quindi vi facilita la dispersione del calore, il raffreddamento e le congelazioni! L'alcool deve essere riguardato, anche d'inverno, come un medicamento, e non come una bevanda: il suo uso dovrà quindi limitarsi a determinate indicazioni e a dosi terapeutiche. La sola bevanda fermentata, sia il nostro vino, che è innocuo e, preso in ragionevole misura, fa bene. Oltre a ciò si abbia cura di assicurare al soldato una alimentazione sostanziosa, lo si conforti, quando sia possibile, con bevande calde e lo si provveda di vestiti di lana pesanti e di manopole di lana con due sole appendici digitali indipendenti, destinate al pollice e all'indice, la cui singola azione è necessaria al maneggio del fucile. Ma la manopola sia abbastanza capace da contenere anche il dito indice, ogni qual volta fosse intirizzito e la sua funzione indipendente si fosse resa momentaneamente superflua. Dovrà sconsigliarsi l'uso dei doppi guanti, anche se leggeri, entro le manopole, fossero pure queste di grossa lana o di pelliccia. E' noto che il Duca degli Abruz-

zi, durante la sua spedizione al Polo Nord, perdette due dita perchè, entro le manopole, usava portare dei guanti ordinari. I suoi compagni di viaggio che usavano soltanto le manopole non ebbero a soffrire alcun incidente analogo. Si potrà aumentare la protezione del corpo contro il freddo e, sopratutto, contro l'umidità che è un poderoso coefficiente di raffreddamento, consigliando anche l'uso di sottovesti di carta paraffinata, di carta da imballaggio unta con olio di vaselina, di carta giapponese o di tessuti impermeabili speciali » (dall'A. sono descritti). « Bisogna raggiungere il duplice scopo di isolare la superficie cutanea dall'aria esterna umida e fredda e di evitare, in pari tempo, l'impaccio ai movimenti del corpo. Qui sono molto usate anche le sottovesti di carta. Ispirandosi a quanto è stato fatto al Giappone, alcune signore di buona volontà hanno creato l'*Oeuvre du gilet militaire*. Essa si propone di fornire ai soldati anche una sottoveste che li protegga dal freddo e dall'umidità. Il modello adottato è semplice ed economico. Il tessuto è rappresentato da un doppio foglio di comune carta da imballaggi commerciali, internamente rivestito da una sottile incatramatura. Fra i due fogli trovasi interposta una tela ordinaria a larghe maglie, destinata ad aumentare la resistenza e la durata della carta. Il prezzo di questi *gilet* è addirittura minimo, ma i loro grandi pregi sono, ormai, ampiamente riconosciuti. L'inverno scorso, essi sono stati felicemente sperimentati in un reggimento. Si fecero indossare a tutti i soldati che dovevano montare la guardia per lunghe nottate fredde e piovose. Una relazione fatta dopo tale esperimento ha confermato la bontà delle sottovesti di carta incatramata: esse sono leggere, morbide, comode e bene accette. Rappresentano un eccellente presidio contro l'umidità e le basse temperature e dànno una sensazione di benessere pari a quella data da una pelliccia. La difesa contro il freddo delle trincee non può limitarsi alla sola provvista e all'uso di speciali indumenti. Essa esige anche l'attuazione di altre provvidenze d'indole varia ».

**L'imbottitura degli abiti.** — Nel fasc. 37 avevamo per primi accennato a questo efficace mezzo di difesa contro il freddo, posto ora in valore dalla sig.a Gabelli (vedi fasc. 43). All'uopo si può far uso di qualunque materiale atto ad immagazzinare molta aria: lana da materassi di cattiva qualità inadatta alla tessitura, cotone grezzo, ecc. Questo materiale viene incluso tra la stoffa esterna dell'abito e la fodera, o tra due fodere; poi viene fissato per mezzo del trapunto come nelle imbottite o nei copripiedi da letto.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

***Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione***

*An Index of Prognosis*, edited by A. RENDLE SHORT. Un vol. in-8° gr. di pag. 570. Bristol, John Wright & Sons Ltd, 1915. Prezzo 21 s.

Dopo il successo straordinario dell'Index of Treatment (testè da noi recensito nella 7ª edizione) era nell'ordine naturale delle cose che venisse anche un *Index of Prognosis*.

Questo si propone di fornire dati attendibili per apprezzare il decorso delle malattie, sotto l'azione del trattamento e fattane astrazione, e di prevederne gli esiti remoti.

Il piano è stato attuato con pieno successo dal dott. Short, coadiuvato da buon numero di volonterosi, tra i quali Daniels, Clouston, Latham, Lane ed altri di fama internazionale. Il compito non era agevole, poichè comportava molti spogli fastidiosi di natura prevalentemente statistica, desunti da varie fonti; ma il successo ottenuto giustifica pienamente gli sforzi compiuti.

Non dubitiamo che per qualche tempo il lavoro farà testo. R. B.

*Medical and Surgical Reports of the Episcopal Hospital of Philadelphia*. Vol. I e II, in-8°, di pag. 406 e 427, riccamente illustrati. Philadelphia, Press of W. M. J. Dornan. Rilegati.

Questi due volumi includono una serie di memorie, molte delle quali ci si presentano come assai interessanti. Ne menzioniamo alcune tra quelle che richiamano di più l'attenzione. Nel I volume: Piersol, « Il significato clinico delle alte tensioni arteriose estreme e loro trattamento »; Sinkler, « Neuriti e neuralgie »; Mutschler, « Cisti ossee »; Eves, « Cause della tosse che generalmente sfuggono, di pertinenza dell'otorino-laringologia »; Deaver, « L'incertezza nella diagnosi degli stati morbosi dell'addome superiore »; Parke, « L'eclampsia puerperale »; parecchie memorie su fratture e su tumori maligni e varî casi interessanti. Nel II volume: White e Whaland, « Studio comparativo dei metodi di laboratorio relativi alla febbre tifoide »; Klander, « Trattamento delle scottature »; Codfrey, « Conduzione ossea dei sintomi ascoltatorî degli aneurismi »; Frescolan, « Le eruzioni cutanee ad etiologia incerta »; Robertson, Klander e Longaker, « La *malattia renale* »; Jones, « L'esplorazione della funzione renale »; Simpson, « Lussazione del testicolo »; Moore, « Trattamento moderno dei cancroidi »; ricca casistica di chirurgia, ortopedia, oftalmoiatria, ecc.

I due ricchi volumi dovrebbero figurare in tutte le biblioteche mediche. R. B.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## La sospensione dei concorsi.

Nella *Gazzetta Ufficiale* è apparso il decreto luogotenenziale n. 1420 del 12 settembre 1915 il quale porta le seguenti disposizioni relative ai concorsi banditi da pubbliche amministrazioni.

Col 1° articolo di tale decreto si sancisce che agli impiegati e salariati dei Comuni, delle Provincie e delle istituzioni di pubblica beneficenza (Opere pie), al personale sanitario dipendente dalle stesse Amministrazioni, sono estese le disposizioni degli articoli 1, 2, 3 del decreto 11 luglio.

All'articolo 3° dispone quanto segue:

« Per tutta la durata dello stato di guerra, a posti compresi nelle piante organiche che si rendano vacanti ed ai quali, in base ai rispettivi regolamenti, non possa provvedersi per promozione, si dovrà provvedere esclusivamente con nomine provvisorie, rimanendo sospeso ogni pubblico concorso anche se bandito in precedenza e non esaurito alla data del presente decreto ».

L'articolo 5° dice che il decreto avrà vigore dal giorno 1° di settembre.

Con questo decreto sono tassativamente sospesi tutti i concorsi dei Comuni e quindi naturalmente anche quelli per medici condotti fino al termine della guerra: per i posti vacanti i Comuni dovranno provvedere in via provvisoria, quindi con medici interini o provvisori o supplenti; i concorsi banditi, scaduti o no, ma non ancora decisi, restano anch'essi tutti sospesi.

## I medici richiamati.

Ci si scrive:

*Onorevole Redazione del* « Policlinico »
Roma.

Non sono piccole questioni, nè inopportune, sia pure nel momento tragico attuale, quelle da cotesto giornale accennate in riguardo al vario trattamento fatto ai sanitari militari.

Fra questi, quelli in servizio per loro domanda e quelli assimilati, hanno avuto gradi improvvisati e residenze spesso le migliori, i primi; sempre quelle prescelte i secondi. Da ciò ne viene che oltre le comodità del vivere, a costoro è dato quasi sempre di tenersi i benefici della loro clientela e ad alcuni persino quello delle condotte. Pei sanitari militari, richiamati d'ufficio, le peggiori residenze, i servizi più pesanti, ed assoluta impossibilità di tenersi proventi incerti, e per compenso la regolamentare rapidità di avanzamento da lumache!

Si vedono oggi tenenti medici a 38 anni e capitani medici richiamati a 48-49 anni, con 4 anni di grado e 24 di spalline! Il ministro della guerra in un suo discorso del passato aprile in merito ai provvedimenti per il servizio sanitario militare ebbe a dire che si sarebbe visto qualche cosa di radicalmente attuato, anzi — fu la frase — una specie di rivoluzione: perchè non segue ora un po' di tale radicale procedimento anche in favore degli ufficiali medici richiamati d'ufficio, deliberandone promozioni, che certo saranno sempre meno radicali delle nomine improvvisate a gradi anche elevati di capitano e maggiori e anche più in su?

Sarebbe un atto giusto, ed un atto provvido che rialzerebbe il morale di tanti ufficiali medici, e servirebbe anche se non a togliere certo un poco a diminuire i gravi danni finanziari che a tali ufficiali ne vengono per l'abbandono dei loro posti civili.

Se cotesta redazione vorrà farsi eco di quanto sopra esposto, si renderà benemerita verso moltissimi colleghi, che ora traversano un momento di crisi morale e finanziaria immeritata nè voluta.

Si pensi che la guerra ha portato capitani a 24-23 ed anche a 22 anni, con 2 anni ed anche solo con 19 mesi di spalline (!), e si può immaginarsi quale sia il morale e l'amor proprio di ufficiali medici in congedo ancora capitani a quasi 50 anni e con 4 anni di gradi e 24 di spalline, ed *obbligati* a rimetterci salute, denari e decoro!

Un cap. med. antichissimo abbonato.

*Spett. Redazione*
*del giornale* « Il Policlinico »,

Per il lamentato ineguale trattamento dei medici richiamati, ci siamo trovati di fronte al fatto compiuto e non si è potuto rimediare più. Ora si affaccia sull'orizzonte la possibilità della riparazione o di nuovi guai. Il Comando supremo avrebbe deciso di ridurre nell'inverno il numero degli ufficiali, rimandando gli esuberanti alle loro occupazioni. Intanto, come ben si capisce, ai corpi e in prima linea medici esuberanti non ce n'è. Ce ne sono migliaia negli ospedali. Saranno questi congedati o quelli che sin da principio subiscono con mirabile sentimento del dovere tutti i pericoli e disagi della guerra?

Si vorrà o no tener conto dell'età, del servizio prestato in prima linea, dell'avere o no una famiglia? O si vorrà invece al danno aggiungere lo scorno?

Il *Policlinico* si faccia subito vivo su questo argomento e inviti i deputati medici ad agire. Ciò, s'intende, senza uscire dall'ambito della più rigorosa disciplina, perchè gli interessi dell'Esercito e della Patria stanno in cima ai nostri desiderî. Ma appunto in omaggio a questi interessi supremi devesi evitare ogni ingiustizia.

Con ossequi

Dev.mo abbonato.

---

# RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

**Licenziamento di impiegati comunali per giustificati motivi disciplinari - Incompetenza dell'autorità giudiziaria.**

*L'autorità giudiziaria non ha competenza per conoscere dei motivi che determinarono il licenziamento di un impiegato comunale, ancorchè stabile.* (Cassazione di Roma, Sezioni unite. 23 febbraio 1915).

La Corte ha osservato: «(omissis): L'inflizione di punizioni disciplinari in genere e di quella del licenziamento in ispecie per ragioni disciplinari ad un suo impiegato da parte di un ente amministrativo autarchico e lo esperimento del contrario reclamo da parte di esso impiegato innanzi agli organi giurisdizionali amministrativi sono certamente indipendenti dall'avere lui acquistato o meno la stabilità nel posto, questa non escludendo l'impiegato pubblico dalla soggezione al potere disciplinare da parte della pubblica amministrazione salvo il richiamo in via gerarchica o in via contenziosa amministrativa alle autorità competenti, senza che si possa al riguardo mai proporre azione innanzi all'autorità giudiziaria, la quale difetta di giurisdizione a conoscere del modo come un impiegato pubblico abbia prestato servizio in relazione ai doveri del suo ufficio: criterio questo esclusivamente amministrativo e adempimento di doveri, esso, incombente ad ogni impiegato anche se avente diritto alla stabilità nel suo posto».

Omissis: «E ciò a prescindere dall'altra seria considerazione che avendo le cennate nuove disposizioni legislative conferito, in tema di misure disciplinari inflitte agli impiegati degli enti autarchici, compreso anche il licenziamento, ai surriferiti organi giurisdizionali amministrativi piena competenza a conoscere degli analoghi ricorsi, non solo sulla legittimità ma anche sul merito dei provvedimenti in tale materia senza alcuna eccezione o restrizione, non si possa ragionevolmente ritenere che anche la controversia sulla pura stabilità nel posto, pretesa dall'impiegato, rientri nella sfera di conoscenza di quegli speciali organi, massime quando si tratti di far revocare l'atto amministrativo del licenziamento e non di ripetere le conseguenze civili economiche del medesimo e salvo anche a vedere se la valutazione di siffatte conseguenze giuridiche patrimoniali da parte dell'autorità giudiziaria non sia così rimasta necessariamente subordinata alla pronunzia da parte della giurisdizione amministrativa nella legalità e giustizia del provvedimento».

Con tale sentenza la Cassazione di Roma fa giustissime osservazioni.

Innanzi tutto dichiara che non è compito della autorità giudiziaria di inquirere su motivi disciplinari per cui l'amministrazione credette licenziare il proprio impiegato. Il Comune, come ente autarchico, deve essere esso il giudice competente per valutare la condotta, l'attitudine e la capacità del suo dipendente. Nessuna altra autorità può sostituirglisi senza commettere un vero eccesso di potere per difetto di giurisdizione.

A chi si sente leso dal provvedimento della amministrazione municipale è aperta la via del ricorso a quelle sole autorità, che per essere comprese nell'orbita del potere esecutivo, sono pienamente in grado di vagliare ed apprezzare nel suo giusto valore l'emesso provvedimento.

Il contratto di impiego non può essere stimato alla stregua di quegli altri moltissimi che diuturnamente si contraggono nel vorticoso avvicendarsi della vita sociale: esso è di natura affatto speciale, ritraendo dalle persone contraenti, e dal proprio fine, un *quid publicum* che lo pone sotto l'egida e la protezione delle autorità contenziose amministrative.

La Corte afferma eziandio che anche quando trattisi di personale stabile la cosa non muta, giacchè l'acquisto della stabilità non sottrae l'impiegato dall'obbligo di adempiere coscenziosamente il proprio dovere e di subire le conseguenti punizioni disciplinari, in caso di inadempienza.

Che anzi la Corte è andata anche più oltre ribadendo la massima, che per lo innanzi avea tante discussioni animate, secondo cui la competenza dell'autorità giudiziaria a dichiarare l'avvenuto acquisto della stabilità si delinea sol quando trattisi di ripetere le conseguenze civili ed economiche dell'atto amministrativo del licenziamento e non già quando chiedasi la revoca del medesimo. Il diritto civile patrimoniale che possiede l'impiegato stabile non è costituito dalla

stabilità per sè sola stante, ma bensì dall'azione per danni che può essere fatta valere contro colui che l'acquisito diritto insidia o contende.

Epperò se vuolsi ottenere col ricorso impugnativo del licenziamento una semplice declaratoria del diritto acquisito alla stabilità, invocando l'annullamento dell'atto amministrativo che lo viola, unica sede competente è la contenziosa amministrativa. Se per converso vuolsi ottenere il rifacimento di danni come conseguenza diretta dell'intempestivo ed illegale provvedimento, occorre adire l'ordinaria autorità giudiziaria, la quale, pur non potendo annullare l'atto impugnativo, lo priva, di fronte al caso specifico, di ogni efficacia legale, condannando chi lo ha emesso alla corrisponsione dei danni, morali e materiali, che da esso sono derivati.

**Farmacia - Decadenza - Mancata denunzia.**

*Non può essere pronunziata la decadenza del titolare di una farmacia per mancata denunzia nel termine stabilito dalla legge se non gli fu previamente contestato l'addebito a mente dello articolo* 17 *del Regolamento* 13 *luglio* 1914. (Parere del Consiglio di Stato del 25 giugno 1915).

La Sezione ha considerato essere principio generale di diritto, accolto anche nei procedimenti più semplici e sommari, non potersi giudicare a danno di un privato per privarlo in tutto od in parte di un suo diritto patrimoniale senza averne prima sentite le giustificazioni e le ragioni.

È questo un principio di assoluta obbiettività e giustizia.

Non è possibile nè lecito privare taluno del diritto che gli appartiene senza ammetterlo a dare le proprie giustificazioni distruggendo così anche la garenzia della più esatta conoscenza dei fatti e della maggiore convenienza dell'atto amministrativo che può scaturire dallo esame degli atti, dei documenti e delle circostanze che possono essere variamente valutati e discussi.

La Sezione stessa poi, fra l'altro, tassativamente dichiara: « Ma a parte ciò non deve dimenticarsi che si tratta di una legge nuova e di non facile applicazione in questa parte, che il breve termine di tre mesi è scaduto ancora prima che fosse entrato in vigore il regolamento e la maggioranza degli interessati abbia potuto rendersi esatto conto delle varie disposizioni legislative; che, infine, ed è ragione di non poco valore morale e politico, la dichiarazione di decadenza si risolve in una perdita di diritto patrimoniale spesso assai grave pel danno irreparabile che ne deriva al proprietario della farmacia, cui, forse, manca ogni altra risorsa di vita per sè e la famiglia: in tali circostanze la buona fede merita di essere tenuta in gran conto ed occorre indulgere allo errore, per evitare che la legge diventi nella sua applicazione eccessivamente dura laddove essa è invece inspirata ad un largo senso di tolleranza anche verso le farmacie non autorizzate, purchè non sieno di quelle di cui all'articolo 24 ». Doctor JUSTITIA.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5613) *Congedo.* — Il Dottor V. D. D. da C. desidera conoscere se nel mese di congedo annuale si possano cumulare altri brevi periodi di permesso goduti nell'anno per lutti domestici.

La licenza che annualmente può usufruire il medico condotto non deve eccedere nel complesso la durata di un mese. Detto mese si può godere tutto in una sol volta od anche a periodi più brevi. Segue da ciò che nel mese ordinario vanno computati anche quei permessi di assenza dati entro l'anno per cause contingenti, e, quindi, anche per lutti domestici. Crediamo, pertanto, che Ella non possa ricorrere contro l'ordine emesso dal Sindaco per la cessazione della supplenza alla scadenza del trentesimo giorno, compresi i cinque durante i quali si assentò dalla residenza per la luttuosa circostanza della morte del suo congiunto.

(5615) *Congedo dal servizio militare.* — Al Dottor G. R. da B. V. rispondiamo che trovandosi sotto le armi non può ritornare al suo paese per esercitare le funzioni di medico condotto, perchè durante la mobilitazione è sospeso qualsiasi licenziamento o congedamento.

(5616) *Servizio militare - Esenzione.* — Il Dottor S. L. B. da F. desidera conoscere se trovandosi sotto le armi possa ottenere la esenzione come medico condotto.

Dal momento che già trovasi sotto le armi non può far valere il diritto di esenzione come unico medico condotto ai sensi dell'articolo 1 del Regio Decreto 13 aprile, giacchè durante la mobilitazione sono sospesi i congedamenti ed i licenziamenti di qualsiasi specie.

(5618) *Chiamata alle armi - Dispensa.* — Al Dottor G. C. da F. rispondiamo che essendo stato dispensato dalla chiamata come medico condotto unico, non ha alcun obbligo di presentarsi sotto le armi in caso di chiamata sotto le armi. In ogni caso sarebbe chiamato come soldato di 3ª categoria e non come ufficiale della Croce Rossa. Per effetto di servizio presso la Croce Rossa possono essere esentati dalla chiamata sotto le armi i soli militari di milizia territoriale.

(5619) *Condotta estesa alla generalità degli abitanti - Impugnativa.* — Il Dottor abbonato 1710 desidera conoscere se e quale mezzo esista per impugnare una deliberazione di Consiglio comunale con cui, non ostante esistano in paese due medici liberi esercenti, si stabilisca impiantare la condotta piena.

Se il Comune eccede il limite legale della sovimposta non può fare spese facoltative, quale è quella della condotta piena esistendo in paese altri due medici liberi esercenti. Ognuno di questi, se contribuente del Comune, può impugnare il relativo atto deliberativo presso la G. P. A. nei primi quindici giorni dalla sua pubblicazione all'albo pretorio ai sensi dell'articolo 310 del vigente testo unico della legge comunale e provinciale. Che se nessuno dei due medici liberi esercenti sia contribuente e, quindi, non abbia interesse legale da far valere, potrebbe uno di essi con denuncia alla predetta autorità tutoria richiamare l'attenzione di questa sulla incongruità della spesa e sulla inopportunità della stessa stante la presenza *in loco* di due liberi esercenti, le cui condizioni economiche professionali sarebbero grandemente danneggiate.

(5620) *Servizio militare - Compenso.* — Il Dottor abbonato n. 5901 desidera conoscere se sia legale l'operato del Comune con cui gli si tolgono lire 5 dallo stipendio per ognuno dei dieci giorni di servizio militare che egli ha prestato come ufficiale medico di complemento nel maggio scorso.

Noi crediamo che nessuna detrazione si sarebbe potuta fare sul suo stipendio pei dieci giorni di servizio militare, che ha prestato nel maggio scorso, sia perchè le sarebbero stati dovuti due mesi di stipendio intero, se il servizio militare fosse durato maggior tempo, sia anche perchè quei dieci giorni avrebbero potuto essere compresi nel congedo ordinario, pel quale la sostituzione è, *per legge,* a carico del Comune.

(5621) *Esenzione dal servizio militare.* — Il Dottor A. M. da T. desidera conoscere se di tre medici condotti residenti in un Comune di 12 mila abitanti tutti e tre di terza categoria qualcuno possa essere precettato per servizio militare e, nella affermativa, a chi di essi spetterebbe rispondere alla chiamata essendo tra loro la sola differenza di un anno di età.

Su tre medici condotti in un Comune di 12 mila abitanti, due solamente possono essere esentati dal rispondere alla chiamata della propria classe e categoria sotto le armi ai sensi dell'articolo 1 del Regio Decreto 13 aprile 1911. Circa la persona che dovrà ottenere la esenzione bisognerà avere riguardo all'ordine delle eventuali chiamate, di modo che resterebbero esentati gli ultimi due, mentre il primo chiamato che non può addurre la mancanza del numero di medici prescritto, dovrebbe andare sotto le armi.

(5623) *Pensioni.* — Il Dottor P. P. da L. desidera conoscere quale pensione liquiderà con 25 anni di servizio e 52 di età, avendo versato dal 1899 al 1910 il contributo massimo ordinario e straordinario.

Ella riceverà come pensione ordinaria, tenuto conto del maggior contributo per gli anni dal 1899 al 1910, la somma annua di lire 1177.40. A questa bisognerà aggiungere l'altra di lire 44.61 per i due anni di versamento volontario. In tutto lire 1222.01.

(5624) *Pensione.* — Il dott. M. C. da E. desidera conoscere quale pensione liquiderà con 33 anni di servizio e 65 di età.

Ai dati esposti liquiderà la pensione di annue lire 2439.

(5610) *Stipendio - Chiamata sotto le armi.* — Al Dott. P. P. D. R. da B. rispondiamo che il suo ragionamento sarebbe giusto se il decreto luogotenenziale del 31 agosto p. p. non avesse tassativamente abrogata ogni disposizione di regolamento od organico comunale che disponesse diversamente a riguardo degli stipendi da concedersi agli impiegati comunali chiamati sotto le armi per mobilitazione.

(5611) *Stipendio.* — Al Dott. E. R. da B. rispondiamo essere naturale che lo stipendio decorre dall'atto di nomina quando si sia contemporaneamente assunto servizio. Chi non è chiamato in carica non può nulla richiedere.

(5614) *Congedo di convalescenza per servizio militare - Obblighi verso il Comune - Ambulatorio antimalarico.* — Il Dottor G. C. da V. avendo ottenuto un anno di congedo dal Ministero della guerra come ufficiale medico di milizia territoriale desidera conoscere se il Comune possa obbligarlo a riprendere il servizio o se sia invece tenuto a pagargli l'intero stipendio per tutto il periodo del congedo pur non prestando servizio di sorta, se avendo egli fatta domanda per la nomina ad ufficiale medico della milizia territoriale possa il Comune considerarlo come volontario e non corrispondergli lo stipendio nè conservargli il posto e se possa riprendere il servizio presso il locale ambulatorio antimalarico senza pregiudizio del servizio di condotta, tanto pesante.

Durante il periodo di congedo ottenuto dalla autorità militare conseguirà certamente lo stipendio come ufficiale. Se è così, non avrà obbligo di prestare il servizio di condotta, ma non avrà diritto che alla differenza dello stipendio

fra quello civile e quello militare, in forza del Decreto Luogotenenziale del 31 agosto ultimo, n. 1420. Quando anche abbia fatta spontanea domanda per la nomina ad ufficiale, il Comune non potrà non conservarle il posto, ma in quanto allo stipendio si potrà attenere per analogia alle disposizioni contenute nel precitato Decreto Luogotenenziale ed all'altro precedente dell'11 luglio 1915, n. 1064. Ricevendo lo stipendio dalla amministrazione militare non può dedicarsi ad altro lavoro qualsiasi e, quindi, anche alla direzione dell'ambulatorio antimalarico. Potrebbe, però, chiedere analogo assenso dalle autorità gerarchiche superiori. Nel caso poi che nessun stipendio ricevesse dall'amministrazione militare, dovrebbe riprendere l'intero servizio di condotto per ottenere lo stipendio normale che le si deve per contratto.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I »*. — Cercasi subito medico-assistente, esente servizio militare e da impegni colla Croce Rossa. Stipendio annuo lire 1080, alloggio e servizio vitto tutti i giorni, qualche incerto; nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione medica.

S. BENEDETTO Po (Mantova). — Condotta di Portiolo; L. 3000 lorde e 3 sessenni; cura poveri; vaccinazioni. L. 600 per caval. Scad. 5 nov.

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

CATANIA. — Il dott. David Giuseppe è nominato aiuto supplente in patologia generale.

MESSINA. — I prof.ri Sterzi Giuseppe e Di Mattei Emilio, ordinari rispettivamente di anatomia umana e di medicina legale a Cagliari, sono trasferiti, col loro consenso, a Messina.

NAPOLI. — Il dott. Colucci Gennaro è autorizzato a trasferire da Roma a Napoli la libera docenza in clinica oculistica.

Il dott. Romano Giuseppe è nominato aiuto in clinica chirurgica.

PADOVA. — Il dott. Ceresole Giulio è autorizzato a trasferire da Napoli a Padova la libera docenza in elettroterapia.

Il dott. Vertano Giulio è nominato assistente in clinica pediatrica.

PALERMO — Il prof. Pellini Giovanni è incaricato dell'insegnamento di chimica bromatologica.

La dott.sa Puma Giovanna è nominata assistente in clinica ostetrica.

SIENA. — Il prof. Remedi Vittorio, ordinario di clinica chirurgica, è nominato preside della facoltà di medicina e chirurgia.



## MEDICINA SOCIALE.

### Propaganda igienico sociale.

L'Associazione nazionale dei medici condotti, allo scopo di dare un contributo sempre più efficace a quella educazione igienica del popolo che costituisce uno dei più validi mezzi di difesa contro le malattie, e fattore essenziale pel suo miglioramento fisico ed economico, ha nell'anno 1913-14 intensificata e generalizzata la sua propaganda, sia fra adulti che nelle scuole popolari e medie, estendendola oltre alla lotta contro le malattie anche alla previdenza ed altri problemi igienico-sociali, sulla base di apposito programma che il prof. Aristide Ranelletti, già vice-presidente generale all'uopo specialmente delegato, d'intesa con il presidente generale onorevole Brunelli preparò ed organizzò. Tale programma ottenne il più vivo interessamento ed appoggio morale da parte del Ministero dell'interno e della Direzione generale della sanità, del Ministero della pubblica istruzione e delle Direzioni generali per le scuole popolari e medie, del Ministero di agricoltura, industria e commercio, della Direzione generale della statistica e del lavoro, e di altri enti come la Cassa Nazionale di previdenza per la invalidità e la vecchiaia degli operai, la Lega nazionale italiana contro la tubercolosi, la Confedarazione generale del lavoro, ecc. Speciali circolari venivano inviate dal Ministero dell'interno ai prefetti e dal Ministero della pubblica istruzione ai provveditori agli studi, con le quali, segnalandosi la « nobile iniziativa dei medici condotti », si sollecitava l'appoggio e la cooperazione delle autorità.

Il programma della Presidenza centrale è stato ampiamente svolto dall'Associazione, sì che la sua attività nel 1913-14 è riuscita dieci volte maggiore di quella degli anni precedenti: la propaganda infatti si è svolta in 43 provincie, su 298 comuni; vi hanno partecipato 198 medici, con 1919 conferenze, di cui 848 fra gli adulti e 972 nelle popolari, in maggior parte, nelle scuole medie.

Il maggior numero di conferenze è stato tenuto sull'argomento più importante e generale, sulle malattie infettive in genere, e poi sulla igiene generale, e sulle malattie di maggiore importanza sociale, come la tubercolosi, l'alcoolismo, la malaria, ecc. Notevole specialmente è stato il contributo alla propaganda per la lotta sociale contro il maggiore dei flagelli umani, la tubercolosi: le conferenze direttamente e indirettamente attinenti a tale argomento sono state circa 1300.

Importante ancora è stata la propaganda in favore della previdenza e specialmente della Cassa Nazionale di previdenza per gli operai, e delle Assicurazioni obbligatorie contro le malattie, le quali trasformando le basi dell'assistenza sanitaria forniranno in modo diretto ed indiretto i più potenti mezzi di cura e di profilassi contro le malattie.

Oltre che colle conferenze l'Associazione ha dato varie manifestazioni di propaganda, mediante la collaborazione con altre Istituzioni di assistenza e igiene sociale, partecipazione a congressi, publicazione di opuscoli, distribuzione di stampati con norme igieniche, ecc.

I risultati di questa propaganda di igiene e previdenza, ad adulti e nelle scuole, sono stati soddisfacenti; vivissimo fu l'interessamento destato quasi dappertutto nel pubblico, nelle autorità, nella stampa; nelle scuole specialmente gli ottimi risultati degli esami finali dati dagli alunni sui corsi di igiene, il plauso di ispettori scolastici, di Consigli provinciali scolastici, di Consigli comunali, ecc., hanno dimostrato la bontà dell'istruzione, la cui importanza veniva di recente confermata dal fatto che il Governo non ha creduto di poterla lasciare ulteriormente affidata alla iniziativa privata, pur colla sua autorizzazione, ma di avocarla direttamenate a sè coi recenti provvedimenti sulla vigilanza igienica scolastica. Se l'opera volenterosa e disinteressata dell'Associazione, precorrendo l'azione statale, ha potuto in qualche modo affrettarla, sarà questa ambita soddisfazione morale per la Associazione, che tiene a suo maggior titolo di onore di partecipare con efficacia sempre maggiore ai problemi igienico-sociali che interessano il nostro Paese, e specialmente al suo risanamento igienico-sociale, che è fondamento di ogni progresso civile.

## L'America contro l'alcoolismo.

Lo Stato della Virginia occidentale, in seguito ad apposito *referendum*, ha deciso con 90,000 voti di maggioranza l'abolizione totale ed assoluta delle bevande alcooliche, attuandola immediatamente con disposizioni rigorosissime.

La vendita e perfino l'offerta in dono di bevande alcooliche significa esporsi ad una sentenza di sequestro o ad una condanna al carcere o ad una multa. Nel caso di recidiva, la prigione può essere elevata fino a 5 anni. Anche tutte le specialità mediche le quali contengono più del 50 per cento di alcool entrano in tale divieto.

La pubblicazione su giornali di annunzi di bevande alcooliche è parimenti proibita. Una numerosa schiera di funzionari dello Stato compie perquisizioni per accertare se l'ultima goccia di bevande alcooliche sia sparita dalla Virginia occidentale.

In 24 ore così le grandi birrerie, distillerie, un numero straordinario di bars, il cui valore totale si calcola a 300 milioni di lire, sono stati deprezzati a zero: 25,000 persone sono oggi obbligate a cercarsi un nuovo impiego!

## Alcoolismo e criminalità nei giovani in Baviera.

Da una relazione di K. Rupprecht — giudice del tribunale di Monaco di Baviera — togliamo queste notizie di grande interesse sociale sulla criminalità giovanile, nel Regno di Baviera.

La Baviera gode fama di essere il paese dove non solo si beve la migliore birra, ma anche se ne beve una maggiore quantità relativamente alla popolazione; ma in verità il consumo di alcool non è nel complesso della popolazione più forte che in altri paesi della confederazione germanica o stranieri. Perciò i dati che riguardano l'influenza dell'alcool sulla criminalità, specialmente per ciò che riflette la gioventù, conservano il loro valore pure per gli altri paesi tedeschi e si prestano a considerazioni d'interesse più generale. Nel 1910 vennero dai giudici bavaresi condannati per delitti o contravvenzioni n. 6024 (6117 nel 1911) giovani che costituirono il 9.3 (9.5 nel 1911) per cento di tutti i condannati: un per cento di poco inferiore di quello rappresentato dalla proporzione dei giovani in confronto di tutta la popolazione. Il numero dei giovani condannati che commisero il fatto in istato di ubbriachezza raggiunse nel 1910 la cifra di 166, nel 1911 di 178, nel 1912 di 231. Se si astrae poi dai giovani fra i 13-15 anni in cui i casi di ubbriachezza sono rari, e si considerano solo quelli fra i 16-17 anni, si trova un alcolista ogni 17-18 giovani condannati (nel 1912 uno ogni 13).

In totale vennero nell'anno 1910 condannate 8864 persone che si trovavano al momento del reato in stato di ubbriachezza (7695 nel 1911; 8627 nel 1912): esse costituiscono il 13.2 per cento (11,5 per cento; 12,5 per cento) di tutti i condannati. E così sopra 100 bevitori condannati vi era l'1.87 per cento di giovani nel 1910; il 2.31 per cento nel 1911; il 2.1 per cento nel 1912: con altre parole vi è un giovane bevitore condannato ogni 58 (43 nel 1911, 37 nel 1912) bevitori condannati. È questa una proporzione veramente inquietante tenuto conto dell'età. Il numero dei giovani bevitori condannati cresce, e cresce pure la proporzione dei giovani fra i bevitori condannati. Questo aumento assoluto e relativo avviene in un periodo di tempo nel quale il numero dei condannati aventi più di 18 anni ed imputati di reati commessi in istato di ubbriachezza è diminuito sia assolutamente che relativamente.

La maggior parte dei giovani delinquenti alcoolisti abita non nelle grandi città, ma in piccoli centri o nelle campagne: quanto maggiore è la popolazione campagnuola di un circolo giudiziario in confronto della cittadina e tanto maggiore è il numero delle condanne di questi giovani. Sono sopratutto i servi di campagna, i manovali addetti ai lavori grossolani, ecc. che forniscono gli ubbriaconi. Quanto minore è lo sviluppo intellettuale, il senso della propria responsabilità e più umile è il mestiere e tanto più si nota inclinazione agli eccessi alcoolici. Il contadino possidente, il padre di famiglia, l'uomo d'affari, l'impiegato hanno meno tempo, meno denaro, e minore inclinazione per abbandonarsi alle seduzioni dell'alcool e finire coll'infrangere le disposizioni della legge. (Da *L'Igiene della Scuola*).

## Le nuove istituzioni nel Brefotrofio di Napoli.

Da alcuni mesi il Brefotrofio di Napoli, per opera del prof. Tropeano, che n'è il governatore, va subendo delle trasformazioni profonde, va pigliando un indirizzo assolutamente moderno. Oltre alle numerose importanti opere e riforme attuate nell'Ospizio vanno sorgendo numerose istituzioni di assistenza e di educazione che non devono sfuggire agli studiosi ed agli amministratori d'Italia, in quanto che devono esse servire di esempio e di incoraggiamento per tutti gli enti che possono e debbono crearne di simili, non solo, ma per ogni iniziativa privata di cui in questo momento si mostrano prodighe le nazioni belligeranti.

Il Brefotrofio di Napoli, dunque, uscendo da quel deplorevole andazzo che aveva su di sè richiamato l'attenzione pubblica, va ormai verso un rinnovamento completo di cui si vedono già gli effetti assolutamente benefici. E non è di questo che per ora vogliamo occuparci, ma vogliamo per ora solamente elencate le nuove istituzioni che, soccorrendo in complesso più di mille madri povere e bisognose, da due mesi oramai funzionano egregiamente.

Ecco le istituzioni nuove:

I. Refezione quotidiana per 450 madri lattanti. — II. Dispensario di latte per 200 madri malate. — III. Consultazioni mediche pubbliche per madri e per bambini, che funzionano per sette ore al giorno. — IV. Presepe per 110 bambini di madri operaie con annesso bagno, ecc. — V. Scuola popolare di maternità. Museo d'igiene infantile. — VI. Lezioni e conferenze di igiene sociale, eugenica, puericultura, pediatria.

Altre istituzioni vanno per essere organizzate ancora ed è così sorto a Napoli il più grande Istituto di igiene infantile e di maternità che esista in Italia e senza dubbio uno dei più grandi del genere che conti l'Europa.

Queste opere non hanno bisogno di lode!

### Scuola dei fortemente miopi.

In Londra già da anni sono cominciate classi speciali per i molto miopi. Le classi sono arredate come le scuole comuni sia perchè l'insegnamento orale è comune con gli altri, sia per risparmiare ai miopi la stigmata di quasi ciechi e ricevono con gli altri l'insegnamento orale, mentre una parte è fatta con metodi speciali. Le loro attitudini non possono essere utilizzate che con uno speciale insegnamento per miopi: essi comprendono i bisognosi di una correzione di 5-15 diottrie, ossia che possono correggere per mezzo di lenti 1/3 del potere visivo, inoltre fanciulli con lesioni corneali e altre affezioni del genere.

L'insegnamento della scrittura è fatto in modo che ciascun fanciullo ha un suo proprio tavolo quasi perpendicolare che è coperto di una tavola nera. Le lavagne sono molto grandi, le classi piccole e ben illuminate, con la luce artificiale non si fa che un insegnamento orale. Speciale importanza si dà alla posizione eretta nello scrivere. Il lavoro manuale comprende specialmente per le femmine lavori a maglia che non richiedono l'uso dell'occhio, per i maschi in vimini, ciò non col proposito di far concorrenza ai ciechi, chè anzi si cerca di sviluppare le facoltà intellettuali e comunicative degli scolari, così da farne degli agenti, dei piccoli commercianti e simili.

### Per l'igiene infantile.

L'Ufficio d'igiene della città di Lubecca ha emanato un divieto di fumare sigarette, sigari e tabacco in genere per tutta la gioventù in età inferiore ai 16 anni. È anche proibito di comperare per essi tabacco, pipe, sigari e sigarette. Le infrazioni verranno punite con una multa di 60 marchi al massimo o con la reclusione per 15 giorni.



## NOTIZIE DIVERSE.

### La Federazione degli odontoiatri per i feriti in guerra.

Il presidente della Federazione degli odontoiatri ha diretto al presidente della Croce Rossa la seguente lettera:

*Onorevole sig. presidente,*

Il nostro ordine per la provincia di Roma, volendo in qualche modo contribuire alle tante opere umanitarie che con generoso slancio vengono offerte a beneficio dei feriti in guerra, risultandogli che molti sono quelli con ferite nel mascellare e per i quali si richiede l'opera del chirurgo dentista protesista, ha deliberato di offrire l'opera dei propri soci, come già fece con l'autorità militare, completamente gratuita.

Il sottoscritto, lieto di poter partecipare alla S. V. la generosa deliberazione, spera fiducioso di vederla accettata, ed in attesa passa all'onore di segnarsi della S. V. Ill.ma onorevole

Il presidente G. BETTI.

### Federazione Nazionale delle pubbliche assistenze.

Il presidente avv. Paletti ha intrapreso un giro d'ispezione nell'Italia meridionale per accertarsi del buon funzionamento delle società federate per la istituzione dei posti di soccorso nelle stazioni ferroviarie, in seguito alla convenzione avvenuta in Roma con il presidente della Croce Rossa italiana conte della Somaglia.

Nel suo giro egli ha visitato la Croce Verde di Napoli e molto si è compiaciuto dell'opera che questa associazione, costituita in ente giuridico, va svolgendo in questo momento.

### Ambulanza della Croce Rossa britannica al fronte italiano.

Un treno speciale proveniente dall'Inghilterra e diretto al fronte ha recato una nuova spedizione di otto ambulanze della Croce Rossa britannica, scortata dal direttore generale della Croce Rossa inglese lord Monson, da un maggiore medico e da due militi.

### Un'offerta inglese alla Croce Rossa Italiana.

Alla sede del Comitato milanese di propaganda della Croce Rossa, il signor John Esavie ha versato lire 5200, accompagnando l'offerta con una lettera nella quale è detto come egli, rivoltosi a Londra per avere autorizzazione dalla ditta «The Morgan Crucible Company (Italy) Limited» di fare un versamento alla Croce Rossa, ne abbia avuto di buon grado l'assenso, con queste parole:

«Gli inglesi hanno sempre avuto molteplici vincoli di simpatia con l'Italia, specialmente quelli che, come noi, vivono in questo bel paese, e nel momento attuale in cui le due nazioni sono unite nella stessa lotta contro l'oppressione teutonica, questi vincoli si sentono ancor più vivamente. Con molto piacere ci sottoscriviamo soci perpetui di codesta Croce Rossa, rimettendole lire 200, alle quali uniamo un'offerta di lire 5000».

**Collaborazione sanitaria italo-francese.**

Da Milano sono stati mandati a Parigi 37 letti da campo del modello adottato dal Governo italiano per le truppe sul fronte; verranno sperimentati dall'Intendente generale presso il Ministero della Guerra.

**Le cartoline illustrate della Croce Rossa.**

Dal Bollettino del Ministero delle poste e telegrafi si rileva che la Croce Rossa mette in vendita artistiche cartoline illustrate, dovute al pennello dei fratelli Cascella, nelle quali sono dipinti soggetti della nostra guerra di cui figurano i più memorabili episodi.

La Croce Rossa ha fatto premura al Ministero delle poste e telegrafi perchè ne consenta la vendita anche agli uffici dipendenti.

Ed il ministro, con lieto animo, ha accolto le premure, sicuro che anche questa volta tutto il personale saprà compiere opera attiva e volenterosa, aiutando con ogni mezzo la benefica opera della Croce Rossa.

Le cartoline sono messe in vendita a 15 centesimi l'una.

**Contro la malaria.**

Il Ministero d'agricoltura, industria e commercio, avendo deciso di collaborare alla lotta contro la malaria che è ancora un ostacolo al bonificamento dell'Agro romano, stabilì di istituire dei premi per coloro che si rendessero benemeriti di tale opera di difesa sociale occupandosi della distribuzione del chinino usato come mezzo profilattico.

**La nuova tariffa dei prezzi dei preparati chinacei di Stato.**

Con decreto del ministro delle finanze sono stati aumentati i prezzi di vendita di tutti i preparati chinacei di Stato, e nella misura minima possibile in relazione al forte e persistente rincaro della materia prima.

I nuovi prezzi sono i seguenti:

*Per la vendita al pubblico*: Bisolfato semplice od inzuccherato: lire 150 al kg. (cent. 30 ogni tubetto contenente 10 tabloidi) — Idroclorato e bicloridrato: lire 175 al kg. (cent. 35 ogni tubetto come sopra) — Soluzioni di bicloridrato semplice e con guaiacolo per uso ipodermico: lire 400 al kg. (cent. 20, cent. 40 e lire 2, rispettivamente, ogni fiala da mezzo grammo, da un grammo e da 5 grammi) — Etil-carbonato: lire 300 al kg. (cent. 9 ogni tubetto o cartina) — Tannato in cioccolatini: lire 175 al kg. (cent. 70 ogni astuccio contenente 10 cioccolatini).

*Per la vendita di favore agli enti pubblici e privati*: Bisolfato lire 125 al kg. — Idroclorato e bicloridrato lire 150 — Soluzioni lire 340 — Etil-carbonato lire 280 — Tannato in cioccolatini lire 150.

**L'utilizzazione delle piante medicinali.**

Una delle conseguenze della guerra è la scarsezza delle piante medicinali di cui la Germania era riuscita a monopolizzare il commercio e la industria, servendosi pure di materie prime incettate in Italia.

Allo scopo di rendere indipendente il paese anche per ciò, la Federazione « Pro Montibus » ha costituito una sezione del suo Comitato scientifico per promuovere l'utilizzazione delle piante medicinali e altre in Italia e nelle Colonie.

La Commissione è stata insediata dall'on. professor Poggi, che rappresentava l'on. Milani in servizio militare. Il prof. Piutti ed il commendator Ravasini furono nominati presidente e vice-presidente; relatori i professori Cortis e Facchia, ed il cav. uff. Messina per la Sardegna.

Così una lacuna già rilevata al Congresso forestale di Napoli dell'anno passato potrà essere colmata a vantaggio dell'economia nazionale.

**Per gli edifici scolastici.**

Mentre dura la guerra, l'Italia non solo continua le sue opere di civilizzazione, ma le intensifica. Basta, per convincersene, dare uno sguardo alle statistiche delle somme raccolte e destinate alla costruzione degli edifici scolastici.

Nell'anno finanziario 1914-1915, a pro delle scuole furono autorizzati mutui per 32,793,010 lire.

**Una fabbrica d'imboscati in Francia.**

Un grave scandalo per frodi militari è scoppiato a Parigi; vi sono coinvolti vari medici civili e militari. Principali accusati i dottori Lombard e Georges Saint Moritz che favorivano contro pagamenti più o meno considerevoli la riforma dei richiamati sotto le armi e nel peggiore dei casi la inscrizione del richiamato nei servizi ausiliari.

Oltre ai due suddetti medici vennero egualmente arrestati due medici militari della riserva, dei segretari dello stato maggiore, alcuni infermieri militari e diversi clienti.

Il dott. Lombard aveva pure fondato un ospedale ausiliario a Neuilly che era centro di tali operazioni. Quando i clienti fortunati non riuscivano ad ottenere nè la riforma nè la inscrizione ai servizi ausiliari essi rimanevano in osservazione indefinitivamente in detto ospedale dove la vita era allegrissima e del massimo *comfort*.

**Il colera infierisce in Austria.**

L'*Agenzia Stefani* comunica:

« Il colera in Austria-Ungheria continua ad infierire.

Da dati ufficiali risulta che durante le due settimane dal 15 al 28 agosto u. s. furono constatati, nella sola Austria, 8414 casi di colera, con 5000 decessi, e durante la settimana dal 29 agosto al 4 settembre, 1443 casi, con 780 decessi ».

---

È morto a Milano il prof. dott. **Camillo Vincenti.** Nato ad Alfonsine (Ravenna), aveva 52 anni; era libero docente d'igiene all'Università di Roma. Aveva già diretto il *Corriere Sanitario*; ora dirigeva l'*Avvenire Sanitario*, specializzato in argomenti d'interessi professionali, legislazione sanitaria e igiene pubblica. Era suocero del capitano avv. Interdonato, redattore del giornale, morto recentemente mentre prestava il suo servizio nell'esercito combattente. Alla famiglia giornalistica dell'*Avvenire Sanitario* porgiamo le nostre sentite condoglianze pel grave lutto.

---

# Rassegna della stampa medica.

*La Presse Méd.*, 9 sett. CHAUFFARD: Pleuriti purulente tubercolari. — LABBÉ: Purificazione chimica delle acque potabili. — SAINTON e MAILLE: Le manifestazioni articolari meningococciche.

*Gazz. d. Osp.*, 11 sett. ZANNINI: Grave emorragia ombelicale in neonato.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 11 sett. CARDINI: Genealogia e vita d'Ippocrate secondo Sorano.

*The Lancet*, 11 sett. SCHUSTER: Le mire comuni della scienza e dell'umanità. — SMITH: Patologia del congelamento da trincea. — MENCIÈRE: Fenolizzazione nel trattamento della gangrena gassosa.

*Brit. Med. Journal*, 11 sett. BEDDARD, PEMBREY e SPRIGGS: L'acidosi nel diabete mellito. — POULTON: L'anidride carbonica nella prognosi del diabete. — EMRYS, ROBERTS: Emoglobinuria parossistica.

*The Journal A. M. A.*, 4 sett. RIGGS: Il siero salvarsanizzato nelle malattie nervose sifilitiche. — GRAHAM: La diagnosi della trombosi dei reni meningei. — MEYER: Psicologia obbiettiva. — UHLE e MACKINNEY: Valore clinico della reazione di Wassermann.

*The Journal of exper. Med.*, 1 sett. HENRY: Azione dell'optochina sui pneumococchi. — STILLMANN e SWIFT: Effetti dell'irritazione sulla permeabilità delle meningi al salvarsan. — NOGUCHI e COHEN: Congiuntivite epidemica da bacillo Koch-Weeks.

*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, sett. BROWN: La terapia specifica arsenicale. — HEMMETER: Michele Serveto, scopritore della circolazione polmonare. — STEPHENSON: Sul meccanismo del parto.

*The Boston M. a. S. Journal*, 2 sett. SCUDDER: Trattamento operativo delle fratture. — YOUNG: La tonsillectomia nella corea e nelle endocarditi.

*Malaria e Malattie d. Paesi caldi*, III. GASBARRINI: Emoglobinuria da chinino nella malaria. — MASSAGLIA: Epidemia di ittero a Tripoli. — LOMBARDO PELLEGRINO: Su la febbre da pappataci o dei tre giorni. — SPAGNOLIO: Leishmaniosi canina ed umana.

*Arch. d. Mal. du Coeur ecc.*, sett. JOUSÉ e HEITZ: Crisi extrasistoliche provocate da esercizi fisici. — PEZZI: Falsa alternanza del cuore e dell'arteria polmonare.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 7 sett. WIDAL: Vaccini misti, contro il tifo ed i paratifi. — ACHARD e WELTER: Trattamento locale delle infezioni fuso-spirillari.

*La Rif. Med.*, 18 sett. FERRANNINI: Immunizzazione e anafilassi nelle glicosurie sperimentali. — ADAM: La tubercolina nella terapia della tubercolosi infantile.

*Bollett. chim.-farmaceut.*, 15 sett. LAMI: Sterilizzazione del catgut con ossigeno e iodio nascenti.

*Paris Méd.*, 11 sett. CHANTEMESSE: Il vaccino triplo nella febbre tifoide. — GRÉGOIRE: Fratture della diafisi dell'omero. — GAUMERAIS: Stomatologia nelle armate. — BINET: Per assicurare la nettezza nei reggimenti sul fronte.

*Riv. di Ig. e San. Pubbl.*, 16 sett. BERTARELLI: Il latte e il pericolo delle infezioni.

*Gazz. d. Osp.*, 16 sett. FEDERICI: I termini di tempo assegnati allo sviluppo dell'appendicite traumatica.

*La Presse Méd.*, 16 sett. MARION: L'estrazione dei proiettili intrapolmonari. — LIAU: L'insolazione: forma progressiva; forma cardiaca.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 14 sett. DELORME: Ferite della mano. — D'ESPINE e COTTIN: Bradicardia vera. — SARTORY e LASSEURG: « Micrococcus paratyphoideus ».

*The Lancet*, 18 sett. FLEMING: La batteriologia delle ferite settiche. — MILLIGAN: Rinophyma. — FOERSTER: Sul galil, sostituto del salvarsan e neosalvarsan.

*Brit. Med. Journ.*, 18 sett. WHYTE: Trattamento del colera con soluzioni ipertoniche. — SINCLAIR: Apparecchio universale per la sospensione degli arti.

*Il Morgagni* (Riv.), 18 sett. SIMON: Rivista di farmacologia e terapia.

*Pensiero Med.*, 19 sett. BAJ: Sull'onda dicrota nell'insufficienza aortica.

*Rev. Clin. de Madrid*, 15 ag. URRUTIA: Cisti del pancreas.

*Clin. Dermosifilop. d. R. Univ. di Roma*, 3. GRANATA: Sporotricosi. — CAMPANA: Per la lotta contro la tubercolosi. — BETTI D.: Tricophiton del cuoio capelluto.

*La Presse Méd.*, 23 sett. MARTINET: L'attitudine militare dei cardiaci. — BUSILLA: Sensibilizzatrice sifilitica termostabile. — DE FORTUNET: Sezioni dei tendini per ferite di guerra.

# Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, resp.

**Anno XXII.** *Roma, 7 novembre 1915* **Fasc. 45**

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.



*Interessantissima pubblicazione* ***di palpitante attualità***

fatta espressamente compilare per cedere in

**Premio semigratuito**

ai nostri signori abbonati:

**Dott. GIACINTO QUARTA,** aiuto negli ospedali di Roma, Lib. Doc. di Patologia Spec. Medica nella R. Università

**Vademecum della infermiera**

**in casa e negli ospedali**

con speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in guerra

Un volume in 16° grande, di circa 250 pagine, nitidamente stampato, con 94 figure intercalate nel testo

**(per i non abbonati al « Policlinico » - Prezzo L. 4).**

**Ai nostri Signori Associati si spedisce per sole L. 2.50 franco di porto.**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Istituto di Patologia e Clinica Medica della R. Università di Sassari
diretto dal prof. L. ZOJA.

## Il favismo

per il dott. A GASBARRINI, aiuto e libero docente.

SOMMARIO. — I. Storia. - II. Etiologia. - III. Sintomatologia. - IV. Forme di favismo. - V. Patogenesi. - VI. Diagnosi - VII. Anatomia patologica. - VIII. Complicazioni. - IX. Durata. Recrudescenza. Immunità. Recidive. - X. Prognosi. - XI. Profilassi. - XII. Cura.

### I. STORIA.

Il favismo (1) è caratterizzato da anemia acuta febbrile con itterizia ed emoglobinuria, che l'esperienza popolare suole riferire ad ingestione di fave fresche, crude, talora anche cotte, eccezionalmente secche o ad inalazione di fiori di fave. L'uniformità nel modo di presentarsi e di decorrere dei varî fenomeni in questa particolare sindrome dà ragione di considerarla come una malattia a sè, la quale a torto non figura nei trattati di medicina interna. Tuttavia, se da una parte il quadro clinico del favismo è oggi ben noto, non si può dire altrettanto relativamente all'etiologia ed alla patogenesi, che le poche per quanto pregevoli ricerche

(1) Vien designato con diversi nomi popolari nei varî paesi ove si presenta: *zafara* in Sicilia; in provincia di Sassari l'individuo colpito da favismo chiamasi *affabaddu*, in provincia di Cagliari: *striau*.

non sono riuscite ancora a lumeggiare: per tal riguardo, quindi, ove non si voglia pregiudicare il problema etiologico e patogenetico di questa affezione, la parola « *favismo* » deve essere adoperata soltanto per semplificazione di linguaggio, non ritenendosi giustificato fino al momento attuale delle nostre conoscenze in proposito, il riferire tale malattia ad inalazione od ingestione di fave.

Infatti, come fa osservare Zoja in lezioni cliniche, quanto osservatori e malati riferiscono circa i rapporti tra fave e favismo non esclude la possibilità che si tratti di coincidenza tra il tempo in cui l'ignoto agente si sviluppa ed opera e la fioritura e maturazione delle fave. La storia della malaria offre un classico esempio di possibilità di questo genere.

La conoscenza del favismo dal solo punto di vista clinico è molto antica: ne parlano nelle loro opere Erodoto, Pitagora, Empedocle. In Italia il Messina (1851), La Grega (1856) e Di Pietra (1858) furono i primi a segnalare un'intossicazione da fave. Mulé Bertòlo (1873) nel riferire diversi casi clinici del favismo faceva osservare che è sufficiente per alcuni individui dotati d'una peculiare idiosincrasia di fronte alle fave nostrali allo stato fresco entrare in un campo di questo legume in fiore o mangiarne anche in minima quantità per cadere in sincope o gravemente pericolare o anche perdere la vita. In seguito Rizzo Maltera e Morici in una memoria pubblicata nell' *Osservatore* di Palermo, vol. VIII-IX, descrissero anch'essi dei casi di favismo. Per opera soprattutto del Montano (1894) fu ben delineato il quadro clinico di questa particolare forma morbosa, in cui, secondo l'A., ai fatti gastro-intestinali si aggiungono immancabilmente gravi fenomeni nervosi, febbre, ittero, emoglobinuria e tumore di milza, fenomeni che caratterizzerebbero la vera intossicazione fabacea. La statistica del favismo è andata a poco a poco arricchendosi dopo che lo studio del Montano ebbe a richiamare l'attenzione dei medici su questa malattia tanto caratteristica ed oscura: così il Pucci (1896), Cipriani (1898), Grande (1898), Zangri (1898), Girotti (1899), Piga (1899), De Camillis (1901), Vercelli (1902), Stevani (1904), descrissero una particolare forma di febbre ittero-emoglobinurica, dovuta ad ingestione di fave fresche crude o cotte in individui che presentavano una speciale idiosincrasia. Nondimeno questi AA. si limitarono all'osservazione dei fatti, che scaturivano dal quadro clinico, e solo eccezionalmente fu talora tentato qualche contributo sperimentale, peraltro condotto con non troppo rigore di metodo per poter esser raccolto al sicuro d'ogni influenza suggestiva. Il Fermi (1905) in un pregevole lavoro sul favismo, che è il più completo di quanti possediamo, in base alla storia di parecchi casi clinici studiati in provincia di Sassari e soprattutto dalle ricerche sperimentali eseguite sull'uomo e sugli animali, pensa che il favismo è un'affezione non infettiva ma semplicemente tossica, prodotta sia dalle esalazioni dei fiori di fave, sia dalla ingestione dei semi specialmente verdi e crudi di questa pianta, e che quest'intossicazione talora mortale, interessa in ispecie il sistema nervoso, il sistema circolatorio, il sangue, il tubo digerente, il fegato ed i reni. Il Frongia (1907) ispirandosi al lavoro del Fermi ha avuto occasione di seguire in Sardegna il decorso del favismo in individui di diversa età e costituzione, tentando soprattutto di indagare il meccanismo di quel che in questa malattia si ritiene il più grave dei sintomi, l'emoglobinuria, traendo dai suoi esperimenti dei dati bastevoli a fargli ritenere col Fermi che il favismo è dovuto propriamente ad una rapida e profonda intossicazione dell'organismo. Se esso è forte e resiste all'urto delle cause tossiche, a poco a poco si rinfranca e torna in un tempo più o meno lungo allo stato normale; ma se è debole, come avviene in bambini di tenera età, manca — secondo l'A. — la potenza organica a resistere all'azione del veleno, i fenomeni si aggravano rapidamente e la morte può avvenire con frequenza nelle prime 24 ore. Casi di favismo sono stati descritti anche dal Conti (1910). Nell'ultimo Congresso di Patologia esotica il De Luca (1914) ha comunicato un tipico caso di favismo che egli aveva avuto occasione di osservare in Calabria. Infine nei recentissimi studî della Clinica medica di Sassari sul reperto ematologico del favismo (Zoja 1914) e sul reperto sierologico (Gasbarrini 1915) sono riferiti i risultati di ricerche condotte sistematicamente sotto la direzione del prof. Zoja, allo scopo di chiarire la etiologia e la patogenesi di questa singolare ed oscura forma morbosa.

## II. ETIOLOGIA.

*Distribuzione geografica.* — Il favismo è diffuso principalmente in Sardegna, in Sicilia e nel Mezzogiorno d'Italia. Si osservano casi anche nella provincia di Roma, di Pisa e di Mantova. La diffusione di questa malattia non è uniforme in dette località: così in Sardegna, che rappresenta la regione più colpita dal favismo, esso è tuttavia raro nella provincia di Nuoro, Terranova Pausania ed Iglesias, rarissima in quella del Tempiese. Nell'Italia meridionale infierisce soprattutto in provincia di Potenza e di Catanzaro, mentre è dato osservare qualche caso sparso qua e là soltanto in alcuni comuni delle altre località ricordate: così in pro-

vincia di Roma il favismo fu segnalato solo nel Comune di Formello (De Camillis), in quello di Scrofano (Girotti) ed in qualche altro. Questa malattia pare affatto sconosciuta nel resto d'Italia ed all'estero (1). Allo stato attuale delle conoscenze che si hanno intorno al favismo non è possibile trovare la ragione della limitazione di esso alle regioni sopra indicate.

*Stagioni.* — Il favismo si osserva tra aprile e giugno, epoca corrispondente alla fioritura ed alla maturazione delle fave; mai furono segnalati casi di questa malattia in altro mese dell'anno.

*Influenze cosmiche e del terreno.* — Dai medici pratici e dalla popolazione stessa si ritiene che le piogge prolungate determinino un ostacolo allo sviluppo del favismo: così in Sardegna, quando sia piovuto abbondantemente e per molti giorni in prossimità dell'epoca della fioritura delle fave, capita di sentir ripetere dai contadini dei paesi, ove il favismo suole infierire, che in quell'annata sarà assai scarsa la malattia, e constatare poi esatta la loro previsione. Tuttavia rimane ancora oscuro se esercitino qualche influenza sullo sviluppo del favismo le variazioni barometriche, una temperatura molto superiore a quella media della stagione, un'umidità eccessiva, i venti.

La qualità del terreno sembra non abbia alcun rapporto col diffondersi del favismo, anche per constatazione sicura della malattia nei terreni più diversi, indipendentemente da ogni sistema di coltura delle fave.

*Ereditarietà.* — Nel favismo è concordemente ammessa l'influenza ereditaria. Da una statistica del Fermi l'ereditarietà figura nel 20 % dei casi studiati. Si vedono spesso componenti di intiere famiglie colpiti dalla malattia per molte generazioni; sembra anzi che nei soggetti predisposti ereditariamente, il favismo decorra con maggiore gravezza (Montano), tanto che essi sono il più delle volte intolleranti non solo al profumo dei fiori ed alle fave tenerissime, ma anche a quelle secche.

*Predisposizione individuale.* — È parimenti dimostrabile una predisposizione individuale al favismo: infatti, fra i tanti che inalano l'odore dei fiori di fave o che ne mangiano, soltanto pochi sono colpiti dalla speciale affezione. Alcuni contraggono il favismo unicamente se ingeriscono fave fresche, mentre possono esporsi impunemente alla esalazione dei fiori di fave; può, meno frequentemente, verificarsi anche il contrario. È risaputo tuttavia come la predisposizione individuale possa per certi periodi più o meno lunghi della vita tacere in modo assoluto, salvo a risvegliarsi in seguito per speciali condizioni dell'organismo a noi sconosciute: così capita talora di constatare che fanciulli ed adulti, i quali fino allora avevano fatto abuso di fave, senza provarne alcun danno e poi più tardi ne risentirono tutte le funeste conseguenze, tornarono nuovamente a mangiarne, senza che si ripetesse il minimo disturbo (Montano, Girotti). In altri casi la predisposizione si osserva soltanto negli adulti ed anche in età avanzata; parimenti alcuni predisposti a contrarre il favismo in età giovanile, perdono una tale predisposizione col progredire degli anni (Piga). Si ritiene inoltre dai medici, i quali hanno occasione di osservare annualmente dei casi di favismo, che vadano più degli altri soggetti a questa forma morbosa i nevropatici, gli anemici, i linfatici; sta però il fatto che si vedono spesso colpiti da favismo individui in piena salute, nei quali anamnesticamente non figura malattia di sorta.

Inoltre sembra che la condizione sociale, la professione, gli strapazzi, la miseria, i patemi d'animo, l'alcoolismo non abbiano alcuna influenza predisponente. Cosicchè, se pur devesi ammettere una predisposizione al favismo, non sarebbe d'altra parte esatto il farne una legge generale.

*Sesso.* — Il favismo è comune ad ambo i sessi; quantunque i casi riportati da varî osservatori si riferiscano più frequentemente a maschi (Piga, Fermi), pure non è possibile ammettere alcuna influenza del sesso.

*Età.* — Appartiene a tutte le età; tuttavia i bambini e gli adulti vengono colpiti dal favismo più dei poppanti e dei vecchi. (Il Piga cita un caso in un individuo di 63 anni).

*Rapporto fra fave e favismo.* — Dalla maggior parte dei medici e specialmente dal popolo si ammette un nesso fra fave e favismo: parlerebbero in questo senso il predominare della malattia in località ove si fa estesa coltivazione e gran consumo di fave, l'epoca della sua comparsa, che coincide con quella della fioritura e maturazione della leguminosa, l'insorgenza infine dei primi sintomi del quadro morboso dopo pochissimo tempo dall'inalazione del profumo dei fiori o dall'ingestione del frutto. Va tuttavia ricordato che in altre regioni d'Italia e perfino in paesi, che si trovano a brevissima distanza da località ove la particolare affezione quasi in ogni primavera si affaccia con effetti più o meno gravi, si

(1) Da alcuni passi di Erodoto e di Pitagora si desume che il favismo fu un tempo assai diffuso e grave in Egitto ed in altri popoli del bacino Mediterraneo. Recentemente il dott. De Semo afferma d'aver osservato a Corfù, di quando in quando, una forma acuta febbrile con itterizia ed ematuria, che conduceva rapidamente a morte e che seguiva all'ingestione delle fave crude.

fa gran consumo di fave, non meno che in Sardegna ed in Sicilia, eppure il favismo è colà conosciuto soltanto di nome.

*Rapporto fra favismo e malaria.* — Sebbene il favismo predomini in regioni eminentemente malariche (Sardegna, Sicilia e mezzogiorno d'Italia) e si riscontri per conseguenza soprattutto fra i malarici (essendo rari colà individui che non ebbero a soffrire paludismo), pure non si hanno dati per ammettere una relazione fra malaria e favismo; chè anzi i casi di siffatta forma morbosa si osservano tra aprile e giugno, quando le forme malariche maligne ancora non si presentano, ed in qualche caso la malaria sembra si debba sicuramente escludere, sia per l'anamnesi e per la constatazione del medico che per il reperto negativo del sangue a riguardo di parassiti malarici o per mancata prova di Bordet e Gengou di fronte ad antigene malarico (Zoja, Gasbarrini).

*Rapporto fra favismo e chinino.* — Da qualche medico è stato affacciato il sospetto di un eventuale nesso fra la predisposizione all'intossicazione fabacea e quella ai sali di chinino. Così il Pucci riferisce 7 casi di favismo, in 4 dei quali si ebbe successivamente intolleranza per il chinino, ed in 3 altri questo farmaco esagerava i sintomi del favismo. Tuttavia nella maggior parte dei casi pubblicati ed in quelli che si osservano tutti gli anni si può escludere in modo sicuro che abbia qualche rapporto col favismo l'uso del chinino e l'intolleranza di esso. (Montano, Zangri, Fermi, Frongia, Zoja, Gasbarrini).

*Rapporto fra favismo e sifilide.* — Ad una eventuale influenza di un'infezione luetica nel favismo non è in nessun modo da pensare, oltre che per l'assenza in molti casi di qualsiasi dato riferibile a questa malattia, anche per il risultato costantemente negativo della reazione di Wassermann nei casi in cui fu eseguita (Gasbarrini).

*Favismo da ingestione e da inalazione.* — È assodato che accanto alla forma di favismo per ingestione di fave fresche esiste anche quella per inalazione del profumo dei fiori. Nondimeno, secondo il giudizio dei medici, sono più frequenti i casi di favismo *ab ingestis*. Così da un'inchiesta del Fermi aperta fra gli ufficiali sanitari della Sardegna risultò che su 1211 casi di favismo 752 erano riferiti ad ingestione e 459 ad inalazione. Alcuni asseriscono che basta il transitare per un campo di fave in fiore o lavorare attorno alle fave per avere una serie di disturbi che possono divenire più persistenti e farsi più gravi se la causa continua ad operare. Tomaselli riferisce di individui colpiti istantaneamente dal favismo e più volte per essere soltanto e per caso passati in mezzo a piante di fave in fioritura. Il Montano parimenti ricorda, fra gli altri, un uomo il quale non poteva neppure sentire l'odore che emanasse dalla coltura delle fave tenere, nè passare vicino a mucchi di semi delle medesime, perchè era preso dai sintomi di siffatta forma morbosa. Il favismo si contrae assai più frequentemente per ingestione di fave fresche e crude che di quelle cotte o secche. Sembra anzi che dopo un pasto di fave cotte, più che il vero quadro clinico del favismo, gli individui predisposti presentino di solito fenomeni gastroenterici più o meno gravi (Bernabei).

*Allattamento.* — Il morbo pare possa determinarsi anche con l'allattamento in poppanti soggetti al favismo, quando la madre, affabata o non, abbia mangiato fave.

*Epidemia - Contagio.* — Nelle località ove il favismo predomina capita in alcuni anni di verificare soltanto casi isolati, in altri, per così dire, delle piccole epidemie di quartiere. Quanto poi al *contagio,* alla trasmissione diretta della speciale malattia da individuo ad individuo, nessun fatto positivo abbiamo per ammetterlo; anzi dal vedere che parecchi soggetti non solo coabitarono con affabati, ma dormirono anche nello stesso letto per tutta la durata del male senza esserne colpiti, siamo indotti a negarlo.

### III. SINTOMATOLOGIA.

Il quadro clinico del favismo è sufficientemente uniforme e si presta bene ad una descrizione schematica, che si adatti, se non a tutti, almeno alla massima parte dei casi. Descriveremo quindi il *tipo completo* di questa malattia, quale ne risulta, oltrechè dalla propria esperienza, dal confronto delle osservazioni fatte nei diversi paesi.

*Quadro generale della malattia - Periodo d'incubazione.* — Quanto *all'incubazione* essa è nel favismo difficilmente determinabile, chè anzi, data la rapidità d'insorgenza dei disturbi dopo l'ingestione delle fave crude (da 1 a 2 giorni) e soprattutto dopo l'inalazione dei loro fiori (da 2 a 6 ore circa), può dirsi che un vero periodo d'incubazione manchi in questa malattia.

L'inizio del favismo è segnato da fenomeni subbiettivi di malessere, di prostrazione e debolezza più o meno grave, troncatura degli arti, cefalea, stordimento, susurri negli orecchi, vertigine, senso di deliquio. L'infermo appare pallidissimo con tinta itterica della cute e delle sclerotiche, ben distinta ma mai forte: per valermi di una espressione di Zoja, è un anemico itterico. Il fenomeno che maggiormente colpisce anche il malato è la emissione di urine sanguigne talora così intensamente da parere nera-

stre, che insorge non molto tempo dopo l'ingestione delle fave, e che poi scompare con grande rapidità. A questi fatti si accompagna ordinariamente la febbre preceduta o no da brivido, variabile per intensità, per tipo, per durata e che suole cadere con sudore. Possono aversi fin da principio o nel corso della malattia nausea, vomito, diarrea, forse più facilmente nei bambini; ma può anche la funzione digestiva essere del tutto normale. Quando sopravviene la morte, essa si manifesta come per acuta anemia. All'esame dei visceri, si può trovare il cuore debolmente ingrandito in totalità con rumori anemici, lieve ingrandimento del fegato e della milza che appaiono talora anche un po' dolenti, modico meteorismo intestinale.

*Studio analitico dei sintomi - Febbre.* — La curva termica nel favismo è incostante e talora irregolare (v. figura). Nelle forme lievi di intossicazione fabacea essa insorge d'una maniera subdola, lenta e si mantiene bassa per tutto il decorso della malattia, tanto che l'infermo non se ne accorge neppure, o tutt'al più avverte nelle ore vespertine dei leggeri brividi, e continua ad attendere, sebbene si senta poco bene, alle consuete faccende della vita. Ordinariamente invece la febbre va crescendo a poco a poco, fino a toccare i 38°.5-39°.5; in altri casi invece essa raggiunge fin dal primo giorno una tale altezza, presentando quasi gli stessi caratteri di un accesso di febbre malarica, e cioè brivido più o meno intenso, unico o ripetuto, calore e sudore profuso. Nel periodo di stato può la curva termica farsi continuo-remittente con accessi sudorali ed il momento di massima elevazione febbrile non corrispondere sempre al periodo vespertino; altre volte invece la febbre può assumere il tipo intermittente irregolare, più facilmente negli affabati, che furono o sono malarici (Zangri); infine essa può cominciare continuo-remittente e poi divenire intermittente. La defervescenza si verifica di solito per lisi; facendosi il grado della temperatura sempre più basso e le intermittenze (o le remissioni) sempre più lunghe e distinte, in qualche giorno l'infermo entra in convalescenza. In alcuni casi mortali di favismo la febbre può prima del decesso raggiungere alti gradi ovvero abbassarsi bruscamente fino a temperatura di collasso. La durata della febbre corrisponde per lo più a quella del periodo emoglobinurico. Il brivido ed il sudore possono anche mancare, sebbene raramente (Zangri).

| Temp.ra | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 40° | m s. | m s. | m s. | m s. | |
| 39° | | | | | |
| 38° | | | | | |
| 37° | | | | | |
| 36° | | | | | + Convalescenza |

| Temp.ra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | m. s. | m. s. | m. s. | m. s. | m. s. | |
| 39° | | | | | | |
| 38° | | | | | | |
| 37° | | | | | | |
| 36° | | | | | | + Convalescenza |

| Temp.ra | 1 | 2 | 3 | |
|---|---|---|---|---|
| 41° | m s | m s. | m s | |
| 40° | | | | + Morte |
| 39° | | | | |
| 38° | | | | |
| 37° | | | | |

| Temp.ra | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 40° | m. s. | m s | m. s | m. s | |
| 39° | | | | | |
| 38° | | | | | |
| 37° | | | | | |
| 36° | | | | | |
| 35° | | | | | + Morte |

*Apparecchio respiratorio.* — D'ordinario l'esame fisico minuziosamente raccolto non fa rilevare nulla di anormale per parte dell'apparato respiratorio. Nei casi gravi di favismo il respiro diviene generalmente frequente ed alquanto profondo.

*Apparecchio cardio-vascolare.* — I sintomi sono in rapporto con l'intensità dell'anemia e lo stato delle forze; spesso gli affabati accusano cardiopalmo, talvolta cardialgia; l'itto cardiaco può trovarsi rinforzato e diffuso, lievemente ingrandita l'area totale del cuore e con rumori anorganici. Il polso suole essere debole e frequente, specialmente a periodo inoltrato. Raramente è dicroto.

*Apparecchio digerente.* — Si ha ordinariamente sin da principio lingua pallida, patinosa, talora arida, sete, disappetenza, nausea, pena epigastrica, vomito biliare, ostinato e frequente,

soprattutto nei casi gravi; talora però la digestione si compie bene; esiste tendenza alla stitichezza, spesso così tenace da richiedere l'uso dei clisteri; tuttavia nei bambini è più frequente la diarrea. Talvolta vi ha modico grado di meteorismo, raramente gorgoglio ileo-cecale e sensazione dolorosa alla regione epigastrica ed agli ipocondrî.

*Fegato - Itterizia.* — Nella maggior parte dei casi di favismo il fegato trovasi leggermente ingrandito e più o meno dolente. (In un caso descritto dal Grande in un fanciullo non luetico nè malarico il fegato era notevolmente ingrossato).

L'*itterizia* in questa malattia suole quasi sempre essere non molto intensa, talora anche indipendentemente dalla gravità della forma; tuttavia sono riferiti alcuni casi di favismo con ittero spiccatissimo (Montano, Zangri, ecc.). Prurito raramente si osserva e così la comparsa di eruzioni erpetiche o di porpora.

*Milza.* — L'ingrandimento di milza è uno dei sintomi più costanti; nondimeno può anche mancare, stando alle osservazioni di alcuni (Grande). Dobbiamo peraltro ricordare che spesso gli affabati furono malarici. Ad ogni modo, all'infuori d'ogni influenza malarica, la milza suole sporgere uno o due dita trasverse dall'arco costale, è piuttosto dolente, e torna al volume normale alla fine della malattia; in altri casi persiste anche dopo qualche settimana dalla cessazione della febbre.

*Sistema nervoso.* — Le sofferenze da parte del sistema nervoso consistono d'ordinario nel senso di peso al capo, stordimento, deliquio, cefalea sin dal principio e talora abbastanza molesta. Non raramente poi occorrono anche irrequietezza, smanie, insonnia; meno frequentemente offuscamento leggero delle facoltà mentali o subdelirio, ed ancora più raramente delirio. Così il Montano asserisce d'aver osservato casi gravi di favismo, in cui il torpore cerebrale arrivava alla sonnolenza ed allo stato comatoso. In un affabato riferito dallo Zangri esisteva insolita agitazione da richiedere una sorveglianza continua ed immediata. Qualche volta possono comparire, specialmente nei fanciulli anche le convulsioni. Notevole d'ordinario è la prostrazione delle forze, non proporzionata al grado della febbre, ma più al grado della anemia.

*Reperto urologico.* — a) *Emoglobinuria.* L'emoglobinuria insorge già dopo poche ore o una giornata dall'ingestione di fave crude, dura da alcune ore fino ad 1-2-3 giorni e poi scompare con grande rapidità, talora anche in meno di 24 ore.

Nelle forme gravi le urine appaiono intensamente sanguigne da parere nerastre, e lasciate in riposo, depositano un sedimento granuloso scuro; nelle forme lievissime invece l'emoglobinuria può non essere macroscopicamente apprezzabile e talora anche mancare. Nelle urine sanguigne la colorazione è data da ossi e da metaemoglobina, che costituiscono la massima parte delle sostanze proteiche contenutevi. Dal 0.5 per mille e dall'1 per mille si può arrivare anche al di là del 9 per mille (Zoja, Gasbarrini).

La *diuresi* è assai scarsa, soprattutto nell'acme dell'emoglobinuria. Possono esservi bruciore nel mingere e discuria per spasmo marcato dell'uretra e del collo della vescica (Zangri). Nelle forme gravi anche anuria. I fosfati terrosi sono ordinariamente scarsi, pressochè normale o in aumento l'urea, abbondanti gli urati.

b) *Albuminuria secondaria.* All'emoglobinuria suole seguire una lieve albuminuria, la quale permane per qualche giorno. Quando si riesca ad esaminare dell'urina emessa all'inizio della malattia, si può constatare albuminuria già prima dell'emoglobinuria.

c) *Urobilinuria.* Precede, accompagna e segue l'emoglobinuria.

d) *Indacanuria.* Esiste quasi costantemente più o meno spiccata.

e) *Sedimento.* Al microscopio si notano cilindri jalini più o meno numerosi a seconda dell'intensità dell'emoglobinuria, trasparentissimi con fini granulazioni sparse, splendenti; talora cilindri epiteliali ed ammassi, foggiati a cilindri, di particolari granuli rifrangenti giallognoli (probabilmente di emoglobina). Si trovano inoltre di queste granulazioni anche libere ed a gruppetti o nell'interno di cellule epiteliali (Zoja). Raramente globuli rossi normali od appena scolorati e qualche globulo bianco.

f) *Potere emolitico delle urine.* Le urine degli affabati raccolte durante e dopo l'accesso emoglobinurico, filtrate o non, fresche o sottoposte al riscaldamento, non mostrano alcun potere emolitico sui globuli rossi proprî e di individuo sano (Gasbarrini).

*Feci.* — Le feci sono ordinariamente assai fetide, giallastre o giallo-verdastre più o meno scure, contenenti talora bucce o frammenti di fave. Durante la malattia solo eccezionalmente l'esame vi fa rilevare tracce di sangue o di muco, mentre sono iperbiliniche. Al microscopio si notano di solito abbondanti residui vegetali, cristalli di acidi grassi e saponi; non molto spesso, fibre carnee poco digerite, quasi costantemente uova di *tricocephalus dispar* e di *ascoris* (soprattutto queste ultime). In alcuni casi furono trovate uova di *tenia nana* (Gasbarrini).

*Reperto ematologico.* — a) *Contagio globulare ed emoglobina.* Il reperto del sangue giustifi-

ca l'intiero quadro clinico del favismo, caratterizzato essenzialmente — come si è detto — da rapida ed intensa deglobulizzazione, a cui si debbono riferire tutti i sintomi subbiettivi ed obbiettivi.

La diminuzione del numero delle emazie può essere talora assai forte e progredire irresistibilmente tant'oltre da non restarne che ben poche per la continuazione della vita. Parallelamente il tasso emoglobinico si fa così basso in alcuni casi che non è determinabile con i comuni mezzi colorimetrici, assumendo il sangue un colore verdiccio-scuro sporco. In qualche affabato, quando già l'emoglobinuria volgeva al termine, la cifra dei globuli rossi era scesa a circa 1,000,000 e l'Hb. ridotta a 18-20 (Zoja, Gasbarrini).

All'esame del sangue si nota: anisocitosi più o meno spiccata, giovani eritrociti (globuli con reazione granulo-filamentosa di Cesaris-Demel fino al 50 %, policromatofili, globuli con granulazioni basofile) ed anche forme immature (normoblasti, di cui alcuni con granuli basofili, megaloblasti, proeritroblasti ed anche qualche emocitoblasto, specie nei casi che vengono a guarigione) (Zoja).

Tale reperto sta ad indicare l'attiva e speciale reazione del midollo e degli organi emopoietici di fronte sia all'elemento che ha determinato la rapida ed intensa deglobulizzazione, sia all'acuta emolisi.

Le piastrine sono in aumento.

Esiste quasi sempre leucocitosi più o meno forte, in qualche raro caso essa mancava (Gasbarrini).

b) *Formula leucocitaria.* Il rapporto tra le varie forme di leucociti differisce alquanto dalla norma per una lieve mononucleosi con relativo aumento dei grandi mononucleari (alcuni di questi contengono numerose, minute granulazioni azzurrofile). Non esiste eosinofilia, nè aumento di mastzellen. Talora si trova qualche mastleucocito, qualche cellula di Rieder e qualche cellula di Turk (Zoja).

c) *Resistenza globulare.* La resistenza globulare alle miscele cloruro-sodiche, determinata in alcuni favistici, quando le urine non erano più sanguigne, è stata trovata leggermente aumentata la R3) senza variazione alcuna se la ricerca era fatta sugli eritrociti lavati o sul sangue intiero (Gasbarrini).

d) *Autoagglutinazione delle emazie.* È sempre mancata, nei casi in cui fu ricercata (Gasbarrini).

*Reperto sierologico.* — a) *Emoglobinemia.* In alcuni casi di favismo non è stata mai trovata emoglobinemia, sia che il siero di sangue od il plasma fossero raccolti in piena emoglobinuria od alla fine dell'accesso (Gasbarrini). Non si può tuttavia asserire che essa non si osservi costantemente nel favismo, potendo esistere prima ancora che insorga l'emoglobinuria: non possediamo peraltro osservazioni al riguardo, che si riferiscano all'inizio dell'attacco emoglobinurico.

b) *Colesterinemia.* Il tasso colesterinico nel sangue è basso (1.20 - 1.25 per mille (Giani).

c) *Potere emolitico del siero e dell'estratto di emazie.* Il siero di sangue di individui affetti da favismo non ha azione emolitica dimostrabile *in vitro,* mescolando il siero con i globuli rossi degli stessi affabati ed anche di individui sani (Frongia, Gasbarrini). In un caso soltanto fra parecchi studiati, il Gasbarrini ebbe lieve reazione emolitica di fronte ai globuli rossi di individuo sano ed in un altro caso il siero presentava un notevole potere eterolitico per le emazie di montone.

Tentando di estrarre emolisine dai globuli rossi degli affabati col metodo De Blasi, l'estratto acquoso, isotonizzato con cloruro di sodio, sarebbe — secondo il Frongia — dotato di azione emolitica su alcune emazie sia appartenenti a favistici che ad altri individui. Tale reperto non fu sempre confermato (Gasbarrini).

d) *Prova di Donath e Landsteiner. L'esperimento « del freddo e del caldo »* eseguito in alcuni casi di favismo è stato costantemente negativo. In questi casi il siero conteneva una scarsissima quantità di complemento, tuttavia la prova di Donath e Landsteiner falliva anche per l'aggiunta di complemento umano o di cavia (Gasbarrini). La prova non potè esser fatta nel primo svolgersi della forma e sopratutto nel momento in cui l'emolisi bruscamente si determina, nel qual momento tutte le ricerche sierologiche avrebbero il massimo interesse d'essere istituite.

e) *Potere antiemolitico del siero.* Nel siero di sangue di alcuni favistici è stato possibile mettere in evidenza, dopo alcuni giorni di malattia, un'antiemolisina che agiva da anticomplemento (Gasbarrini). Ignorasi tuttavia il meccanismo di produzione di queste sostanze ad azione antiemolitica.

*Reperto batteriologico.* — La semina in brodo del sangue di alcuni affabati non ha mai dato luogo a sviluppo di microrganismi. La flora intestinale nel favismo appare rigogliosa, tuttavia, è fino ad oggi riuscito vano ogni tentativo di isolare particolari germi dalle feci, coltivate sia nei comuni terreni, sia anche in brodo di fave ed in fave sterilizzate in tubi di Roux (1) (Gasbarrini). Il Grande dice d'aver ot-

(1) Le fave possono servire, al pari delle patate, come mezzo di coltura.

tenuto dalla coltura di urina d'un affabato delle colonie date da un bacillo corto, simile al colibacillo.

IV. FORME DI FAVISMO.

In base alla durata, al decorso e sopratutto al grado ed intensità dei due sintomi principali, anemia ed emoglobinuria, il favismo può presentarsi sotto 5 forme: a) *forma abortiva;* b) *forma mite;* c) *forma grave;* d) *forma acutissima e gravissima;* e) *forma emorragica.*

a) *Forma abortiva.* Gli infermi in seguito a semplice transito per un campo di fave in fiore o ad ingestione di poche fave crude accusano stordimento, cefalea, vertigine, troncatura dolorosa agli arti superiori ed inferiori, nausea. Insorge contemporaneamente pallore della cute e delle mucose, le urine tuttavia non sono sanguigne. Tali fenomeni si dileguano dopo poche ore o qualche giorno.

b) *Forma mite.* Oltre ad essere più accentuati i disturbi riferiti, si ha discreta anemia, debole itterizia ed emoglobinuria non molto intensa; lieve rialzo termico. I pazienti guariscono entro una settimana circa.

c) *Forma grave.* Colpisce il malato poco tempo dopo l'ingestione di fave, in maniera più o meno brusca, e lo rende incapace al lavoro per la vertigine, il senso di deliquio, di estrema debolezzza e di malessere che ha stando in piedi, e che non lo lascia del resto anche se sta a letto. Acquista subito l'aspetto di persona sofferente in istato di profondo abbandono, pallidissimo ed itterico; le urine sono intensamente sanguigne e scarse. D'ordinario si ha vomito biliare, ripetuto, stipsi o diarrea (nei bambini specialmente). Temperatura 38°.5-39°.0, polso debole e frequente, respiro alquanto profondo. Questa forma può essere mortale.

d) *Forma acutissima e gravissima.* È contrassegnata sopratutto dall'intensità dell'anemia e dell'emoglobinuria. Si verifica più facilmente nei bambini, i quali sogliono presentare collasso e coma, e muoiono nelle prime 24 ore o entro 2-3 giorni.

e) *Forma emorragica.* È molto rara e quasi sempre mortale entro qualche giorno.

(*Continua*)

**INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA**

**Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi, Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.**
**Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostri Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.**

***Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:***
**Roma - Via Sistina, 14-15 - Roma**



# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### Note di chirurgia di guerra.

(GEORGE SCRILE. - *Annals of Surgery,* luglio 1915) servizio dell'unità lacuale dell'Ambulanza americana a Neully-sur-Seine.

Allo scoppiare della guerra un gruppo di americani in Parigi, aiutati e incoraggiati dal nostro valoroso ambasciatore americano, mobilizzò ogni risorsa e con una lestezza ammirabile organizzò un completo ospedale di 450 letti. In generale, si può dire che mai prima nella storia degli Ospedali probabilmente se ne è avuto uno governato da una organizzazione di tanto senno e di dedizione così completa come si ritrova in questo gruppo di affaristi, professionisti, uomini di lettere, artisti e diplomatici uomini e donne. Non so bene esprimere la mia ammirazione per l'opera di questo gruppo di individui che in modo così positivo esprimevano la loro simpatia per i soldati feriti. Questo Ospedale venne organizzato col regolamento dell'Ospedale americano fondato in Parigi ed è conosciuto sotto il nome di Sezione per feriti e sito in Neully, un sobborgo di Parigi, in un bel fabbricato nuovo. L'Ambulanza Americana è sotto il diretto controllo del dipartimento di guerra di cui il dottor Winchester Du Bouchet è ispettore delegato. Vi sono 4 servizi, 3 di un centinaio di letti ciascuno con a capo il dottor Du Bouchet, il dottor Joseph A. Blake e il dottor Mignot, e il servizio universitario di un centocinquanta letti.

Discutendosi intorno ai problemi di questa Ambulanza era stato messo in evidenza come sarebbe stato di reciproco vantaggio per la chirurgia americana e per l'ambulanza americana se alcuni docenti di università avessero voluto formare delle unità per incaricarsi di una sezione dell'Ambulanza americana ciascuno per un periodo di tre mesi. La proposta fatta dal dottor Joseph Blake incontrò l'adesione della Università di Harvard, dell'Università di Pennsylvania, ecc. Si desiderava che ciascuna Università provvedesse alle proprie unità; ciascuna unità doveva constare di un sufficiente numero di chirurghi e di infermieri per il disimpegno del lavoro nelle camere operatorie e per la cura chirurgica dei pazienti nelle sale. L'assistenza nelle sale da parte degli infermieri veniva assunta dalla ambulanza americana. L'associazione medica annuendo alla lettera del dottor Blake avvertiva che in tal guisa un considerevole

numero di chirurghi americani avrebbe acquistato famigliarità con la chirurgia di guerra e per turno avrebbero sparso le nozioni acquisite dimodochè una conoscenza più completa di questo ramo di chirurgia potesse in qualche modo prepararci per possibili bisogni nella nostra stessa patria.

Il Consiglio medico dell'Ambulanza americana riservò l'intero terzo piano dell'Ospedale per le unità universitarie. Questo comprendeva 19 sale di 8 letti ciascuna e due stanze larghe bene illuminate adibite come stanze operatorie e per ricerche di laboratorio.

Le ambulanze dell'Ospedale americano lavoravano tutte lungo la linea fra il nord della Francia e il Belgio dove avevano moltissime richieste.

Gli infermieri di professione dell'Ambulanza americana erano di ogni nazionalità; questi erano aiutati da infermieri volontari, attori, attrici, ecc. Vi erano vigili pure volontari, fra i quali alcuni noti come scultori, pittori, attori, ecc.

Le spese di manutenzione erano più basse che in un ospedale di uguale potenzialità in condizioni normali. Il corpo medico dell' Unità lacuale constava di un capo e 4 membri che risiedevano nell'ambulanza americana alle stesse condizioni e con la stessa graduatoria dell'ospedale lacuale. Vi era un neurologo, un assistente, due anestetizzatori, due infermieri per la sala di operazione e due adibiti alle ricerche. Subito dopo il suo arrivo l'unità universitaria accolse da 10 a 39 pazienti al giorno fino a che vennero occupati 150 letti. La maggior parte dei pazienti vennero accolti di notte. Di solito vennero fatte da 5 a 10 operazioni al giorno. Paragonandole con la pratica civile, queste operazioni presentano un tecnicismo più semplice, la difficoltà maggiore, come viene notato dal dott. Blake, consistendo nel giudicare qual sia il procedimento più acconcio nelle infezioni più gravi.

ANESTESIA.

In molte operazioni che furono relativamente di breve durata ed eseguite in pazienti in condizioni veramente gravi, esausti, dissanguati e in preda a sepsi, il protossido di azoto si dimostrò l'anestetico ideale.

I suoi grandi vantaggi furono subito così chiari che i nostri anestetizzatori e la provvista di gas, furono impiegati da altri servizi, specialmente in casi critici.. I nostri anestetizzatori trovarono che il soldato francese presentava un comportamento differente dalla media dei pazienti civili di questo paese (America) sotto questo aspetto, che mentre il periodo di induzione era più lungo e più difficoltoso, una volta che si era raggiunta l'anestesia i soldati francesi richiedevano una quantità relativamente più piccola di anestetico e riusciva più agevole mantenere una anestesia calma ed uniforme. Una simile difficile induzione di anestesia in patria ci avrebbe indicato un certo grado di alcoolismo. È probabile che l'uso più comune (?) di alcool fra gli europei ci renda ragione della maggiore difficoltà in genere di anestetizzare i pazienti. I pazienti francesi si riannno prontamente alla fine dell'operazione. L'operazione più interessante compiuta durante il nostro servizio fu fatta dal dott. Lower che tolse un proiettile dal pericardio con pieno risultato.

SEPSI.

Il problema più importante che incombe in via chirurgica in un ospedale base è quello delle infezioni. Quasi ogni ferita era infetta. Non ostante la perfezione acquistata nella tecnica, nella chirurgia asettica della pratica civile, nella chirurgia di guerra l'asepsi è fallita e così è accaduto per gli antisettici. Il tipo dell'infezione dipende solo in parte dalla specie della ferita, perchè dipende anche dalle condizioni del soldato e dal tempo che passa prima che la ferita sia convenientemente trattata. Gran parte del territorio francese e belga è stato coltivato intensamente per generazioni per cui venne fatto uso di molto concime che è infarcito di batteri gasogeni quali il tetanico, e i bacilli Welk che producono la gangrena gassosa. Poichè le operazioni militari della presente guerra vengono condotte pressochè in totalità nelle trincee, i vestiti del soldato e la sua cute vengono imbrattati da questi germi che una pallottola od uno shrapnell trasportano in seno ai tessuti. Il genere di ferita è importante in rapporto al problema delle infezioni. Le pallottole di fucile di solito producono ferite a bordi netti, soltanto in via eccezionale trasportando frammenti di veste in seno ad esse. Gli shrapnell e le schegge di solito trasportano i vestiti nell'interno della ferita, e un vestito di alto potere infettante è un coefficente pericoloso. Inoltre le ferite di shrapnell e da schegge presentano queste differenze locali dalla ferita da colpo di moschetto. Le prime producono una larga zona di tessuto particolarmente contuso e necrotizzato che ha un basso potere di resistenza alle infezioni. La maggior parte dei casi di gangrena gassosa avviene in conseguenza di ferite da shrapnell o da schegge. Per questo i chirurghi oggi debbono subito curare queste ferite per nettar via i corpi estranei escidere i tessuti necrotizzati, e provvedere un buon drenaggio.

Riguardo al trattamento delle ferite una volta infette i più eminenti chirurghi dell'esercito inglese e francese sono concordi nell'affermare che non è stato fatto alcun vero progresso dalla guerra franco-prussiana. È stato detto che la scoperta di un efficace antisettico equivarrebbe per l'esercito francese a 20,000 soldati. Come già ho detto, la sepsi ha fatto fallimento, e così l'antisepsi. È per questo che come avverte sir Berkeley Moynihan in questo ramo il chirurgo deve incominciare il suo lavoro da capo. Sir Almoroth Wright e i suoi assistenti a Boulogne sono occupati in importanti ricerche e progrediscono nella lotta contro le infezioni e senza dubbio anche altrove si ricerca intensamente in questa via. Sotto gli auspicî dell'Istituto Rockefeller, Alexis Carrel ha raccolto un forte gruppo di ricercatori, compreso il dottor Dakin, i quali compiono le loro investigazioni in rapporto alle infezioni in un ospedale presso la linea a Compiegne. Questo movimento è fortemente assecondato dal prof. Tuffier e si crede che potrà trovarsi qualche nuovo mezzo per porre argine in via chimica all'infezione. Sir Almoroth Wright e Sir Berkeley Moynihan hanno indicato come avvenga rapidamente che la medicazione a secco tenendo chiusi nella ferita i prodotti della infezione formi una poltiglia di pus. Questa poltiglia di pus non solo si oppone alla guarigione della ferita ma cagiona l'assorbimento di tossine. Questi osservatori preconizzano la medicazione calda umida (immersione in soluzioni ipertoniche di citrato di potassio e di cloruro di sodio, e nelle gravi lesioni del ginocchio e della coscia l'immersione del paziente in un bagno. Nella nostra sezione universitaria dell'Ambulanza americana si sperimentò il trattamento a cielo scoperto; dopo un certo periodo si raggiungevano e apparentemente si assicuravano migliori risultati che coi bendaggi. L'esposizione delle ferite alla luce elettrica viene preconizzata dal dottor Du Bouchet. Gli impacchi molto caldi, l'immersione in acqua molto calda, le larghe incisioni, un buon drenaggio, un riposo in condizioni fisiologiche sembra in oggi costituire il migliore trattamento.

### GANGRENA GASSOSA.

Questa è stata studiata dal prof. Weimberg dell'Istituto Pasteur e dal dottor Jablons patologo dell'Ambulanza americana. All'infuori di una nota di Weimberg queste ricerche non sono state pubblicate. Un punto appare certo, ed è che in molte ferite possono trovarsi molti germi del tetano e della gangrena gassosa, e non svilupparsi nè il tetano nè la gangrena. I fenomeni clinici, cioè la febbre, il polso frequente, l'aumento di numero delle respirazioni, la sudorazione, il delirio, la perdita di conoscenza e la morte ed alcune ricerche praticate nel mio laboratorio assieme al dottor Austin e al dottor Hitchings, sull'effetto delle tossine e delle infezioni sul sistema motore, lasciarono in me l'opinione che la morte da gangrena gassosa è cagionata da lesioni strutturali del cervello, delle surrenali e del fegato. L'odore in questi casi è apparentemente quello dell'indolo e scatolo, e nel mio laboratorio si è dimostrato che l'indolo e lo scatolo cagionano identiche lesioni del cervello, delle surrenali, del fegato. Non si è ancora trovato un trattamento specifico. Vi è speranza che un siero fabbricato all'Istituto Pasteur dal prof. Weimberg possa essere utile. Alcuni son favorevoli ad iniettare ininterrottamente ossigeno oltre i limiti progredienti del male. Una pronta amputazione, quando si lasci il moncone ampiamente aperto e si applichi acqua ossigenata apparentemente ottiene i migliori risultati. Generose incisioni e cauterizzazioni sono preconizzate da altri ma è compito dell'avvenire il vincere questo male.

### SHOCK ED ESAURIMENTO.

Subito dopo le infezioni lo shock e l'esaurimento hanno probabilmente ucciso il maggior numero di soldati. Il fattore emozionale in molte circostanze è una seria minaccia; ad esempio nel caso di uomini trepidanti per essere tagliati fuori dal principale corpo di truppe, e di feriti giacenti in zona di fuoco, nell'area fra le trincee di prima linea e le posizioni opposte dove i feriti possono giacere sotto il fuoco fino a notte, ed a volte anche di notte non possono essere raccolti. Nelle trincee di prima linea ripiene di uomini che si estendono attraverso il continente, vi sono sempre delle azioni intensamente emozionali sia di giorno che di notte. Lo sforzo emozionale è specialmente intenso, quando le trincee opposte sono separate soltanto da una cinquantina di braccia o meno, e ciascuna è colma di uomini valorosi pieni di risorse e forniti di tutti i mezzi atti ad uccidere. Nella prima parte della guerra, quando la legge della sopravvivenza dal più forte veniva applicata implacabilmente, molti uomini in tutti gli eserciti caddero sotto lo sforzo emozionale. Attraverso il processo di eliminazione e di assuefacimento lo sforzo emozionale è in diminuzione. Vi sono stati numerosi esempi di morte senza alcuna lesione. Vi sono innumerevoli casi in cui lievissime ferite hanno cagionato grave shock e perfino la morte. In rapporto allo shock, a parte le inconcepibili difficoltà che si incontrano nelle azioni di qual-

che importanza, il meglio che si possa fare è di somministrare morfina. Quando da tre a cinquemila feriti devono essere curati solo da pochi chirurghi, è inutile pensare qualunque trattamento. Molti feriti non possono nemmeno assicurarsi un sorso d'acqua.

### EMORRAGIA.

Possono accadere emorragie secondarie; per sollevare dalle quali il paziente sono state fatte con successo trasfusioni di sangue.

### TRAPIANTI DI ARTI, SUTURA DI VASI.

Le angustie esistenti dovunque, e la difficoltà di assicurare una tecnica certamente asettica hanno impedito che il trapianto di arti sortisse buon risultato. Ma è sperabile che più tardi ci si trovi in condizioni di superiorità tali che il trapianto di arti e la sutura dei vasi sanguigni possa costituire una facile prova. La parte più importante della chirurgia vasale verrà dopo la guerra.

### TESTA.

Le ferite del capo dapprima procedono bene, ma più tardi si producono dei cambiamenti secondarii come ascessi ed epilessia. Nelle mani di dentisti americani, specialmente nell'ambulatorio americano, ferite dei mascellari e della bocca sono state trattate con notevole buon esito. Questo meraviglioso lavoro, in rapporto alla sepsi orale, al trapianto di denti, all'adattare scaglie di denti, al fabbricare ponti di sostegno, e al ricolmare difetti è uno degli eccellenti prodotti della guerra.

### TORACE.

Le ferite da colpo di fucile penetranti in cavità vanno benissimo. Si ha di solito una rapida convalescenza e un pronto ritorno al fronte. Tuttavia in qualche caso una pleurite sviluppatasi dopo il ferimento pare abbia conseguito la guarigione. D'altro lato in caso di penetrazione di schegge e di ferite da shrapnel quasi sempre si sviluppa un empiema.

### ADDOME.

Le ferite penetranti dell'addome hanno sconcertato il chirurgo. Anche in mani espertissime una operazione pronta di solito sorte cattivo esito essendo la morte dovuta allo shock e alla infezione. Casi fortunati guariscono con o senza operazione.

### PELVI.

Le ferite che interessano la vescica o gli ureteri, con sfracellamento delle ossa pelviche terminano con la morte. La lotta si prolunga ma inutilmente.

### ARTI.

Fratture complicate della coscia con grave lesione ossea offrono speciali difficoltà: prima, difficoltà di trasporto, poi lo shock e l'esaurimento, in fine l'inevitabile infezione. Questi casi richiedono il giudizio il più oculato, poichè la decisione a procedere ad un'amputazione, dipende oltrechè dalle condizioni del paziente, dalla possibilità di trasporto a un Ospedale base, dal periodo di tempo che potrebbe probabilmente essere impiegato per via, dalla probabilità di una infezione gassosa, dall'arredamento dell'Ospedale da campo dietro la linea del fuoco, e dall'abilità e dai mezzi del chirurgo. Lo sfracellamento dell'articolazione del ginocchio si presenta come un problema difficile, ma questi casi sono più facilmente trasportabili. Si trasportano pure bene i feriti alla gamba e al piede. Lo sfracellamento della articolazione della spalla, benchè più facilmente trattabile della coscia, tuttavia presenta molte difficoltà, specialmente quando l'infezione si diffonde al disopra della spalla al collo, cosicchè qualora insorgesse gangrena l'incisione deve passare attraverso tessuti infetti e pericolosi. L'avere a che fare con un gran numero di fratture complicate ha fatto pensare a nuovi mezzi di contenzione. La stecca di Blake dà risultati soddisfacenti per la sua leggerezza, per la sua semplicità, perchè dà una ottima contropressione, perchè concede larghi spazi per medicare, e perchè lascia libero l'uso dell'estensione di Buck. La stecca di Blake facilita il trasporto e semplifica le manovre radiografiche. Forse l'apparecchio di contenzione più popolare nei servizi inglesi è l'apparecchio balcanico, uno dei pochi utili prodotti della guerra balcanica. È di poco costo, semplice, può esser fatto da ognuno, può essere usato in varie guise, fa a meno delle stecche di contenzione e dei bendaggi. Consiste in due assi di legno posti verticalmente alla testa e ai piedi del letto essendo più alto quello posto alla testa. Questi due assi verticali sostengono una barra orizzontale che si estende sopra il paziente dai piedi alla testa del letto. Da questo asse orizzontale il braccio o la gamba pende imbracato in fionde. L'apparecchio di estensione viene attaccato in linea retta ai piedi del letto. In questa maniera l'arto è tenuto in estensione ed in una posizione elevata. Quest'apparecchio dà all'ammalato una grande libertà di movimento, permette agl'infermieri di lavorare comodamente, permette di medicare senza scosse, abolisce le stecche ed i bendaggi e il peso delle coperte, e mediante l'elevamento rende trascurabile la tumefazione dell'arto. È stato introdotto nelle sale dell'Ospedale lacuale. Le docce da osso vengono poco

usate, quantunque un chirurgo testifichi l'importanza dell'uso delle lunghe docce di Lane per agevolare il trasporto.

GUARIGIONE DI FRATTURE INFETTE COMMINUTE E COMPLICATE.

Dopo avere assistito ad una riparazione quasi completa della diafisi di un osso ampiamente sfracellato, essendovi nella ferita esposta pallette e frammenti di vestito uno può rinnovare la sua fede nella forza riparatrice della natura. Sono convinto che col tempo e con la pazienza ogni osso da sè si riproduca anche se la sua distruzione sia estesa e presenti l'infezione. Il dottor Bouchet, il dottor Blake, il dottor Mignot mi mostrarono alcuni casi meravigliosi di vasto rifacimento di ossa.

ANEURISMI.

Veri aneurismi sono in via di formazione, e non saranno evidenti finchè quasi un anno non sia trascorso. Tuttavia vi sono alcuni falsi aneurismi. Questi sono stati trattati con ottimo successo. È sufficiente di solito la semplice allacciatura. Nel servizio universitario si è legata l'arteria brachiale, ma prendemmo la precauzione di comprimerla in lunghezza ad intervalli frequenti per delle ore, allo scopo di promuovere una circolazione collaterale prima della allacciatura. Prima di procedere alla dissezione dell'aneurisma falso ci si assicurò pure della efficienza della circolazione collaterale mediante la prova di Matas. Il resultato fu eccellente.

NERVI PERIFERICI.

In un Ospedale base si trovano molte lesioni di nervi periferici, ed alcune del midollo spinale e del cervello. In un Ospedale base dovrebbe quindi esservi un servizio neurologico. Si vide spesso che complete lesioni trasversali stabilite semeioticamente non indicavano equivalenti lesioni anatomiche. Difatti ci sorprende sempre più come possano i tronchi nervosi rimanere incolumi. Pare che essi siano scartati dal colpo. In un caso isolai un nervo, e non lo trovai sezionato ma molto rigonfio essendo stato contuso. Isolai alla distanza di circa due pollici un lembo adatto di fascia grassosa dai tessuti adiacenti. Avvolsi dalla faccia adiposa il nervo contuso, vi posi intorno dei muscoli a spira come guaina protettrice, e lo tenni in posto con parecchi punti. Si ristabilì prontamente la funzione.

PSEUDO CONGELAMENTI, FROST-BITES (Morsi da gelo)

Un grande numero di casi di cosidetti morsi da gelo si constatarono specialmente nei primi mesi. La temperatura nel Nord della Francia e nel Belgio è affatto mite se si paragoni con la temperatura di questa regione degli Stati Uniti (regione dei laghi). E si vide presto che i cosiddetti morsi da gelo non erano dovuti soltanto al freddo ma avvenivano come resultato della combinazione di tre fattori: freddo moderato, umidità, scarpe e gambali strettamente aderenti. È stato dimostrato che uno solo di questi tre fattori non può causare il morso da gelo ma la lesione era resultato di rimanere nell'acqua per lungo periodo di tempo, mentre le scarpe e le uose aggrinzandosi impedivano la circolazione insieme ad un discreto grado di freddo. Constatammo che il miglior trattamento era di tenere i piedi freddi e secchi mediante l'applicazione della polvere di stearato di zinco, e di esporli all'aria. Se la gangrena si sviluppò fu in molti casi superficiale. Quantunque si osservasse la formazione di escare con una certa frequenza, raramente si rese necessaria l'amputazione.

RICERCHE.

Se questa guerra ci ha insegnato qualche cosa è che vi è un urgentissimo bisogno di ricerche per imporsi alle infezioni. Siccome noi non possiamo ora dipendere dall'Europa per queste ricerche, incaricarsi di questo diviene un dovere ed un obbligo professionale evidente degli Stati Uniti. Sarebbe cosa molto buona se i vari laboratori civili e di scuole di medicina volessero occuparsi di questo serio problema, specialmente sotto il punto di vista di scoprire un agente chimico capace di troncare le infezioni al loro inizio.

CONCLUSIONE.

Nei primi stadi della guerra quando improvvisamente centinaia di migliaia di feriti furono buttati qua e là, e uomini privi di educazione chirurgica dovevano acquistare la loro esperienza a spese del soldato, il soldato non solo doveva passare in mani inadatte, ma queste mani non educate male adempivano alla loro trepidante bisogna. I chirurghi militari sono relativamente poco versati nella chirurgia pratica, ma essi conoscevano bene l'organizzazione, i trasporti e i bisogni del lavoro del campo e tutto ciò è importantissimo. D'altro canto benchè il chirurgo civile sia poco pratico di organizzazione militare, di trasporti e di opere da campo conosce bene come si debba condurre una moderna cura del paziente. Perciò facilmente si otterranno i migliori risultati se il servizio dell'esercito si incaricherà del servizio di campo e si affiderà il grave lavoro chirurgico degli Ospedali base ad unità civili e se si annetterà a ciascun Ospedale base un consiglio di consulenti od ispettori composto dei più esperti chirurghi, chirurghi pratici che possano assumere la responsabilità del lavoro pratico, e formulare principii generali.

Dott. A. MILIANI.

## BIOLOGIA.

### Caratteri morfologici, strutturali e funzionali degli elementi figurati del sangue.

Il prof. C. Rubino (*Riforma medica*, n. 20, 1915) ha applicato all'esame microscopico del sangue le sostanze comunemente usate per l'esame chimico: la *tintura alcoolica di resina di guaiaco* o *di benzidina* unite all'acqua ossigenata o all'olio essenziale vecchio di trementina.

Tra queste sostanze ed alcuni elementi morfologici del sangue avviene una vera *reazione cromogena*, che si manifesta con tre diversi colori fondamentali che vengono a determinarsi in modo elettivo su alcuni elementi cellulari.

La suddetta *reazione cromogena* avviene anche colorando in modo vitale, secondo la tecnica di Cesaris-Demel; e, come in questo metodo di colorazione, *i nuclei cellulari restano incolori*. I *globuli rossi*, colla benzidina, in condizioni normali, restano uniformemente colorati in giallo oro, più o meno marcato, volgente leggermente al verde; mentre in condizioni morbose possono assumere un colorito azzurro indaco, che in alcuni si conserva per tutta la superficie della cellula, mentre per altri si limita alla periferia, contornandola interamente come un alone ependimale, o a tratti, e talvolta quasi a calotta, ciò che farebbe pensare all'esistenza nei globuli rossi di una membrana avvolgente che si metterebbe in rilievo con questo metodo solo in particolari circostanze. Nei preparati trattati colla resina di guaiaco il protoplasma cellulare delle emazie si colora in tenue tinta giallo-verdastra, e dimostra spesso granulazioni verde-scuro.

Nei globuli bianchi si mette in rilievo l'esistenza di parecchie varietà di granulociti.

Il protoplasma cellulare ordinariamente non si colora; talvolta però, in alcuni leucociti polinucleari, si vede soffuso sbiaditamente in una uniforme tinta giallo oro, sulla quale sono sparsi granuli rifrangenti.

Si osserva un'altra categoria di globuli bianchi a nucleo più o meno differenziato, a protoplasma piuttosto abbondante, nel quale vi sono molti granuli oro o chrysocromi, alquanto più grandi delle note granulazioni neutrofile.

Questa tonalità di colore oro si riscontra, sebbene assai raramente, in una terza categoria di globuli bianchi a grosso nucleo, alquanto differenziato, a protoplasma largo, le cui granulazioni hanno la notevole grandezza di quelle eosinofile e che sono colorate nel centro in oro, mentre perifericamente ciascun granulo è orlato di azzurro. Si direbbe che ciascuna di queste granulazioni bicrome riproduce in piccolo le proprietà cromatiche di un'emazia.

Un'altra specie di leucociti messa in evidenza è quella a piccole granulazioni azzurro indaco. Sono granuli piccoli che talora riempiono fittamente il protoplasma del leucocito circoscrivendo in tal modo assai nettamente il nucleo incoloro; tal' altra si accumulano in proporzioni ineguali alla periferia.

Queste granulazioni si trovano per lo più nei leucociti polinucleati, ma si possono anche trovare nei monociti. Le granulazioni *azzurre* sono differenti da quelle *azzurrofile* di Pappenheim, come lo dimostra il fatto che mentre le granulazioni azzurrofile si trovano solo nei monociti e nei linfociti, le granulazioni azzurre si trovano prevalentemente nei leucociti a nucleo polimorfo, e, con minore frequenza, nei grossi mononucleati e nelle forme di passaggio.

Talvolta le piccole granulazioni azzurre si trovano in scarsa quantità frammiste alle granulazioni chysocrome.

Nell'uomo sano si sono riscontrati pochi leucociti a nucleo più o meno differenziato e a grosse e piuttosto numerose granulazioni azzurre, nella stessa percentuale approssimativa dei leucociti polinucleari eosinofili.

Nei linfociti — tanto in condizioni normali, che patologiche — non si trovano granulazioni di sorta.

Infine va notato che granuli azzurri si trovano anche nel protoplasma delle cellule epiteliali, delle mucose e delle sierose.

Tutte le granulazioni hanno di comune le proprietà di resistere all'azione dell'alcool e di sparire col calore a 120° C.

L'A., ricordando le esperienze di Häussermann sull'azione siderofora dei leucociti, affaccia l'ipotesi che i leucociti a grosse granulazioni azzurre — che si trovano nell'uomo normale — adempiano prevalentemente ad un compito anabolico provvedendo alla formazione della emoglobina; mentre quelli a piccoli granuli azzurri — che compaiono in varie condizioni morbose — avrebbero forse esclusivamente una funzione catabolica o eliminatrice.

Dopo aver esposti i caratteri similari e differenziali fra le granulazioni azzurre rilevate mediante questo metodo e le granulazioni di ossidasi che danno la reazione indofenolica di Winkler-Schültze, l'A. trae dalle sue esperienze una conferma della identità di origine dei varî elementi morfologici del sangue.

Infine queste ricerche — che sono pubblicate a solo titolo di nota preventiva — hanno una non trascurabile importanza pratica, perchè l'*assenza di granulazioni nei linfociti*, dimostrata con questo metodo di colorazione, *permette di fare una diagnosi differenziale tra leucemia linfatica e leucemia mieloide*. A. S.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## Mola vescicolare in parto bigemino teratologico

per il dott. ENRICO IRACI, Grosseto.

Il caso, su cui sto per intrattenermi e che ritengo degno di non esser passato sotto silenzio ci dimostra come alcune date manifestazioni patologiche non sempre si possano con la desiderabile esattezza prevedere, non solo, ma possano essere causa di serî imbarazzi sia diagnostici che terapeutici.

Gli antichi non avevano un concetto esatto della mola e tale denominazione generica serviva per essi a significare più o meno qualunque massa (fibromiomi, residui placentari, ematomi, ecc.), che venisse espulsa dall'utero.

Noi che abbiamo della mola vescicolare un altro concetto e vediamo in essa una vera conseguenza dell'alterazione dei prodotti di fecondazione (per quanto ancora fra gli autori esistano dubbî sulla sua vera origine), dobbiamo con maggior cura interessarcene, specialmente dal lato prognostico e curativo, rappresentando essa una affezione grave, per le sue conseguenze prossime e remote.

E di una gravità eccezionale si presentò infatti il caso di cui ora verrò a tracciare brevemente la storia.

M... P... in B..., di anni 23, primipara. Regolare conformazione scheletrica, ha sempre goduto ottima salute. Le mestruazioni, incominciate a 14 anni, sono tornate sempre con la massima regolarità. Genitori viventi e sani.

Sua madre ebbe otto gravidanze, con sette figli a termine normali, tutti viventi, ed *una mola vescicolare*. Potrà apparire interessante e forse anche essere interpretato come una mera coincidenza, il fatto che la moglie di un fratello dell'inferma partorì un feto immaturo con la quasi mancanza della parete addominale e relativo eventramento.

La nostra inferma era all'ottavo mese di gravidanza, in preda a violentissimi dolori e mi assicurò che, sebbene ad intervalli maggiori di tempo, ne aveva sofferto anche nei giorni precedenti. All'esplorazione notai rammollimento ed appianamento del collo uterino appena permeabile al dito. Sebbene all'ottavo mese di gravidanza, mi impressionò lo sproporzionato volume del ventre; e mentre nel quadrante di destra si sentiva benissimo il feto nella posizione O. I. D. A., nel resto del ventre non si scopriva la minima traccia di forme fetali, ma come una massa informe, rotondeggiante, non dura. Assenza assoluta di battiti fetali. Così, quantunque non avessi potuto assolutamente constatare l'esistenza di due feti, pure rimasi in dubbio nella diagnosi; tra una gravidanza bigemina e l'esistenza di qualche tumore uterino concomitante alla gravidanza stessa.

Verso sera si constatò la dilatazione completa del collo uterino e, circa alle 21, si ebbe la rottura delle membrane. Non essendovi per allora nulla che deponesse per una prognosi riservata, tranne la precocità del parto, raccomandai la donna alla levatrice.

Senonchè, chiamato d'urgenza verso la mezzanotte, trovai il parto già avanzato, ma il feto (morto), di cui si eran bene disimpegnati la testa ed il tronco sino quasi alle natiche, non procedeva più, come se un impedimento ostacolasse la fuoriuscita del podice e delle gambe. La levatrice già aveva esercitata qualche lieve trazione, ma senza alcun vantaggio. Intesi anche io, traendo il feto, che si opponeva una certa resistenza e mi persuasi che sarebbe stato inutile, se non dannoso, insistere con quel metodo.

Intanto fortunatamente le contrazioni si succedevano vigorose e molto era a fidarsi sulla resistenza e robustezza della madre in questo lungo, doloroso ed elaborato parto.

Volli allora provare una esplorazione ed introdotta la mano, rasentando il podice del feto, con mia sorpresa mi trovai a contatto di una grossa massa carnosa che, aderente al podice stesso, impediva che questo potesse liberamente disimpegnarsi.

Poteva essere tale massa rappresentata da placenta previa o marginata? Lo esclusi subito perchè in tal caso l'ostacolo si sarebbe dovuto pure riscontrare nel disimpegno della testa e spalle ed era assente in quel momento qualunque traccia di emorragia. Od altro tumore uterino che peduncolato si fosse frapposto all'uscita del podice? La consistenza carnosa molle, non me lo faceva escludere.

Con tutto il dubbio diagnostico, non volli rimanere inoperoso e colto un momento in cui le contrazioni uterine procedevano più deboli e più a rilento e la madre si trovava in un periodo di relativa calma, volli provare a sospingere in alto quella massa ingombrante ed in parte vi riuscii, sentendola però sempre aderente al podice del feto, che mai mi fu dato di circondare e delimitare completamente con la mano. Ad ogni modo, così facendo ed in seguito a forte contrazione uterina, potè essere disimpegnata anche la parte podalica, cui, con nostra meraviglia, seguì una grossa massa carnosa che aderiva con larga base alla regione sacrale del feto.

Regolare avvenne il secondamento, se si toglie una imponente emorragia che ben presto però potè esser frenata da iniezioni di ergotina e di adrenalina.

Si può calcolare che in volume e peso (circa due chilogrammi ciascuno) il feto e la massa carnosa si uguagliassero. Questa si mostrava esternamente rotondeggiante, oblunga, di colorito rosabluastro, come una grande agglomerazione di coaguli sanguigni e vescicole ed aderiva a mo' di cercine sottile, quasi fibroso, all'estremità podalica del feto che, per il suo sviluppo, nulla aveva di anormale per essere all'ottavo mese.

Esaminata la massa sotto l'azione dell'acqua e sbarazzatici così dei coaguli sanguigni, apparirono manifeste una enorme quantità di vescicole chiare di varia grandezza e contenenti un liquido purpure chiaro, filante, mucoso. Nulla più si opponeva così alla diagnosi di una mola vescicolare ed in parto bigemino: perchè sezionata questa massa, si scoprì nell'interno un piccolo fetino della lunghezza di 10 centimetri, atrofico, ma in cui si riconoscevano bene tutte le parti, compreso il piccolo cordone ombelicale che si andava ad inserire al centro della

mola. Tale feto era intimamente aderente e continuantesi con l'altro per le natiche ed aveva di comune un unico osso sacro! Apparivano separati gli organi genitali (che erano maschili), ma esisteva un'unica apertura anale.

Lo studio della teratologia presenta in genere difficoltà gravissime, per la insufficienza di precise cognizioni sulla natura delle cause molteplici che possono agire sull'embrione in formazione e in via di sviluppo e sull'epoca in cui possono entrare in campo: difficoltà che si presentano abbastanza rilevanti anche nel nostro caso: l'interpretazione del quale non è per me delle più evidenti.

Kehrer distingue quattro forme di mole: mola idatiforme all'inizio, parziale, totale e mola di un solo uovo in gravidanza gemellare. A questa certamente apparterrebbe il nostro caso, se non si fosse pure trattato di mostri doppi. Ammettendo col Bumm che essi provengano da un uovo unico con due centri embrionali, può sorgere la questione se i due feti avessero avuto due placente totalmente separate, o placenta unica dimidiata, di cui in ciascuna porzione fosse inserito il cordone ombelicale di ciascun feto e con la degenerazione in mola di una delle due zone placentari. Questa tesi mi sembra convalidata, come accennai, ammettendo l'unicità dell'uovo: ed ancor più dal fatto che le membrane del sacco del feto più sviluppato, nel punto di unione dei due feti, si venivano a confondere intimamente alla mola con una specie di ponte, di cercine, di aspetto più duro, più consistente e più biancastro: il che veniva così a rappresentare il *trait d'union* fra le due zone placentari, in ciascuna delle quali (una in degenerazione molare) erano inseriti i singoli cordoni ombelicali.

Nè posso tacere di un altro quesito che mi si presenta, degno di nota. Le mole vescicolari, come i mostri, hanno rapporti di ereditarietà?

Basandomi sulla storia desunta dalla paziente, credo di potere rispondere con un sì: poichè notiamo che la madre della nostra inferma si sgravò pure di una mola vescicolare — e la cognata di essa (ed in tal caso la propagazione ereditaria sarebbe avvenuta per gli elementi spermatici del fratello di lei) ebbe un figlio incompleto, mostruoso.

Per cui risulterebbe evidente una trasmissione ereditaria, dalla madre ai figli, di anomalie di sviluppo nei prodotti di concepimento.

Non mi rimane ora che a constatare come certe malformazioni in genere, per le serie inerenti difficoltà diagnostiche, vengano riconosciute solamente nel momento del parto, il cui espletamento perciò può riuscire tutt'altro che scevro di pericoli e di gravi responsabilità.

# STORIA DELLA MEDICINA.

## I titoli sepolcrali dei medici cristiani delle catacombe di Roma.

Gli antichi romani — al dire di Plinio — non ebbero medici prima del III sec. a. C. e il primo medico che venne a Roma, accolto con entusiasmo, fu un greco, Arcagato del Peloponneso, 219 a. C. Gli fu concessa facoltà di esercitare *in compito Acilio*.

Ma non tutti gli autori accettano la data riferita da Plinio, poichè sin dal tempo di Silla la medicina greca aveva preso possesso di Roma, disciplinata da pubblici regolamenti. I greci che esercitavano nell'*urbs* erano o uomini liberi che andavano da una città all'altra vivendo della loro professione oppure schiavi o liberti. Nei primi tempi, romani liberi che esercitassero la medicina non ne troviamo; il rinvenire un medico con un nome latino non significa che fosse di Roma, poteva essere un liberto e in tal caso portava il nome del padrone.

Anche dal II al III sec. d. C. troviamo molti greci; il che dimostra come ancora gran parte dei sanitari venisse d'oltremare.

Le famiglie signorili avevano tra gli schiavi anche il *domesticus s. familiaris medicus* — quando questi erano parecchi vi era preposto un *superpositus medicorum* — che serviva la famiglia e la servitù e a cui era vietato curare estranei, senza permesso del padrone. Liberati per le loro benemerenze, questi schiavi divenivano *liberti medici*. Coloro che dalla Galilea vennero a Roma quali assertori della religione del Cristo, trovarono i nuovi adepti fra gli schiavi e in generale gli umili e non è illogico pensare che venissero attratti alle nuove idee di eguaglianza umana molti degli schiavi medici: diretta prova di ciò non abbiamo, poichè scarse sono le iscrizioni sepolcrali del I e II sec. nelle catacombe romane e anche quando i loculi portano iscrizioni, da queste non si rileva mai il nome o la professione del defunto, ma v'è solo un'acclamazione, un pio desiderio, o la data della deposizione della salma.

Dal numero relativamente grande d'iscrizioni sepolcrali di medici cristiani nel III, IV e V secolo, è dato inferire — sebbene anche in questa epoca non usasse porre sulle lapidi gli attributi professionali — che molti medici abbiano abbracciato il cristianesimo. Ciò venne avvalorato dallo studio che il dott. Pietro Capparoni ha fatto di pitture cimiteriali, di pietre tombali anepigrafiche, di pietre tombali con iscrizioni greche o latine, comunicandone i risultati all'ultimo congresso internazionale di Londra.

L'unica pittura delle catacombe romane in rap-

porto con la storia della medicina è un affresco esistente nella basilica sotterranea dei SS. Felice e Adautto nel cimitero di Comodilla sulla via Ostiense; esso deve ascriversi al periodo che va dal 668 al 685, come si rivela dall'iscrizione sulla base, che lo dice dei tempi di Costantino Pogonato. Rappresenta S. Luca vestito della tunica e pallio ed effigiato come evangelista, perchè tiene nella destra il rotolo, e come medico tenendo nella sinistra una larga borsa di cuoio contenente 4 strumenti chirurgici, tra i quali una lancetta.

Nel Museo Lateranense in Roma esiste una lastra marmorea, certamente frammento di una lastra per chiusura di loculo, proveniente dal Cimitero di Pretestato sulla via Ardeatina. Non ha alcuna iscrizione — è però molto antica, dalla fine del II al principio del IV secolo — ma a titolo di riconoscimento porta scolpita una busta contenente strumenti chirurgici: una lancetta, due taglienti, una pinza da denti, una coppetta, un'enema, un cucchiaio da sanguigna e uno strumento d'uso incerto.

La medicina è professione che troviamo nell'antico cristianesimo facilmente associata al sacerdozio, quasi a ricordo della medicina pagana sacerdotale. Ne fa fede la seguente iscrizione tombale rinvenuta nel cimitero di S. Callisto nella via Appia Antica: *Dionyxiou - Iatroy-Presbyterou.*

Per la lingua e per il nome sta a provare come in Roma, ancòra al III o IV secolo, la medicina fosse per la maggior parte esercitata da individui di nazionalità ellenica.

Altre iscrizioni ricordano dei medici greci della scuola dei *pneumatici,* asclepiadisti metodici seguaci di Erasistrato, che fiorirono nel II-III secolo. Essi attribuivano al *pneuma,* parola vaga con la quale si può intendere tanto la parte inorganica del corpo umano, quanto l'aria che ci circonda, la più importante influenza sull'economia animale, allo stato sano e patologico. Una di queste epigrafi, scoperta nel cimitero di Calepodio, sulla via Aurelia, reca, oltre una colomba: *Qui riposa Ablabio — Galata del castello di Mollicoio — di Fotino. Visse trenta anni — Pneumatico. La terra lo ricopre. Pace a lui.* Una altra, appartenente al IV-V sec., ha: *Qui riposa Alessandro — Medico cristiano e — Pneumatico.*

L'ultima lapide che chiude la serie delle iscrizioni greche di medici cristiani — edita dal Grutero — ricorda Teodoro, medico dell'ospedale di Zante, il quale aveva costruito il sepolcro per sè e per tutta la famiglia ospedaliera. Gli ospedali sono istituzione prettamente cristiana e incominciarono appena il Cristianesimo, libero dalle persecuzioni, potè spiegare le sue naturali tendenze: e così si costruirono luoghi per ricevere i viaggiatori, per i poveri, per gli orfani, per i trovatelli, per i vecchi, per gli infermi. Talvolta tutte queste istituzioni erano aggruppate nello stesso edifizio. Il più grande ospedale di cui abbiamo ricordo nell'antichità fu costruito da S. Basilio Magno, che fu anche medico, subito dopo giunto nel Ponto, presso Cesarea.

Fra le pietre tombali con iscrizioni latine sono specialmente degne di menzione quelle in cui ricorre la voce *archiater.* La parola era usata per designare i medici pubblici, oppure costituiva un titolo onorifico. Colui che per primo fu così designato — come si vede nell'*onomasticon* di Eroziano, suo contemporaneo e amico — fu Andromaco, medico di Nerone. Questa designazione greca deve essere passata nella lingua latina molto tardi; Plinio non dà ad alcuno dei molti medici citati il titolo di archiatra; nessuna iscrizione funeraria di medici imperiali lo reca. Esso fu poco usato sino all'epoca Costantiniana, a partire dalla quale il titolo fu mutato in quello di *Archiatrus Sacri Palatii.* Le attribuzioni e i privilegi ne furono aumentati; assunsero il titolo di conte di I e II ordine e potevano aspirare alle più alte cariche, anche a quelle di proconsole e di prefetto del Pretorio.

Più tardi il primo archiatro *S. Palatii* fu investito delle funzioni di giudicare le divergenze sorte fra medici. Intorno a quest'epoca vennero istituiti archiatri di ordine affatto diverso — corrisponderebbero ai nostri medici condotti municipali — la cui principale funzione era quella di assicurare l'assistenza sanitaria agli abitanti delle due città imperiali: se ne crearono per quante erano le regioni della città (14 a Roma, 7 a Costantinopoli) e si dissero *archiatri popolari.* Come retribuzione fu loro assegnata un *annona militaris,* vennero dispensati dalle imposte; ma erano obbligati a curare gratuitamente i cittadini poveri e a istruire nella loro arte i figli dei poveri di condizione libera, che volessero darsi all'esercizio della medicina. Dipendevano dal prefetto della città, che sorvegliava a che fossero sempre al completo; quando si rendeva vacante un posto, essi erano convocati dal magistrato, affinchè nominassero un collega ad assoluta maggioranza di voti. L'imperatore doveva approvare la nomina. Era loro proibito di accettare promesse o legati dai clienti in pericolo.

Oltre i 14 archiatri regionali a Roma, altri 2 medici portavano questo titolo, il medico delle Vestali e quello del portico chiamato *Xistus.* A imitazione delle due grandi capitali dell'impero, le città di provincia ebbero i medici salariati, pure dello stesso nome. Erano istituiti ed eletti dai decurioni, ai quali nelle elezioni si aggiungevano i principali proprietari della città.

GUGLIELMO BILANCIONI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

### La scarlattina.

### Note cliniche ed epidemiologiche

per il dott. P. TIMPANO.

La scarlattina, come è noto, è una delle malattie epidemiche che spesso danno molto da fare al medico e alle famiglie per la sua contagiosità, per le complicanze e per la mortalità che non di rado si verifica fra i bambini colpiti.

Non si conosce ancora l'*agente etiologico*, ma si conoscono i principali *veicoli d'infezione*: le secrezioni della gola e del naso, le scaglie cutanee (sebbene alcuni autori non attribuiscano alcun pericolo ai prodotti della desquamazione) e forse anche le secrezioni degli occhi.

La malattia si può trasmettere per *contatto diretto* e *indiretto*, per mezzo dell'aria quando contenga goccioline di sputo o di secrezione nasale, ovvero particelle di squame o di secrezioni essiccate e polverizzate, e per mezzo degli alimenti se accada che vengano inquinate dal *virus* scarlattinoso.

Riconosciuta l'importanza della malattia, si moltiplicarono gli studi allo scopo di trovare una cura veramente efficace e di evitare la diffusione nell'ambiente. Ma una cura razionale, una cura *specifica* contro la scarlattina non si è riusciti ancora a trovarla, e non sarà forse possibile fino a quando rimarrà ignoto il germe che la produce. Per la stessa ragione non è facile la scoperta di un rimedio profilattico che, meglio di tanti altri, riesca ad impedire o a limitare notevolmente il contagio. Pertanto giova insistere nelle ricerche e negli esperimenti, ed è opportuno richiamare l'attenzione dei medici su ciò che si viene sperimentando nel campo della terapia e in quello della profilassi della scarlattina.

*
* *

Nell'epidemia scarlattinosa verificatasi a Bova Marina (Reggio Calabria) dal mese di novembre 1914 al mese di aprile 1915, volli seguire attentamento il decorso clinico e l'andamento epidemiologico della malattia, e notare i risultati terapeutici e profilattici di taluni rimedi.

Si verificarono in tutto 28 casi, e cioè 4 a novembre, 11 a dicembre, 7 a gennaio, 3 a febbraio, 1 a marzo e 2 in aprile. I primi 4 casi furono così gravi da destare l'allarme nella popolazione. Uno di essi fu seguito da morte. Dal punto di vista clinico si ebbero: 5 casi di scarlattina a forma *rudimentale* (febbre modica, scarsa eruzione esantematica, live tonsillite); 20 casi a forma *miliare* (scarlattina tipica); 2 casi *senza esantema* (febbre leggiera, lieve tonsillite, lingua impatinata, che poco per volta si spoglia e presenta la punta e i bordi color rosso-cupo, con papille sporgenti; 1 caso di tonsillite scarlattinosa a tipo difteroide con adenite cervicale, senza esantema.

Riguardo alle complincanze si ebbero:

1 caso di nefrite durante la malattia; 2 casi di otite; 6 casi di tonsillite difteroide con adenite cervicale; 14 casi di rinite intensa; 1 caso di parotite.

L'epidemia, dunque, ha assunto, fin dall'inizio, un andamento abbastanza grave, ma in seguito subì una notevole attenuazione.

L'osservazione dei 5 casi a forma *rudimentale*, mi richiama subito alla mente la *quarta malattia*. Varî autori ammettono l'esistenza di questa malattia come entità morbosa a sè, la quale si differenzia dalla scarlattina per il periodo d'incubazione (4-6 giorni), per il decorso breve e sempre benigno, per la febbre leggiera, per l'eruzione molto attenuata, per la mancanza di desquamazione. Altri, invece, ritengono la quarta malattia come una forma lieve di scarlattina. In realtà, chi abbia attentamente osservato i casi di scarlattina durante un'epidemia, si sarà accorto come il quadro tipico di quest'affezione non sempre si ritrova nei bambini colpiti, e come accanto alle forme *classiche* esistono forme *frustre* o *rudimentali;* accanto ai casi di esantema diffuso e spiccato esistono casi senza alcun segno sulla superficie del corpo. Nella stessa famiglia uno o due bambini vengono colpiti da forme gravi di scarlattina e un altro da forma molto attenuata. E ciò accade più spesso di quello che non si pensi. Nemmeno la mancata desquamazione sarebbe un sintomo differenziale. La desquamazione si osserva nel maggior numero dei casi, ma in altri o non si osserva o è lieve. La desquamazione non è in rapporto soltanto coll'intensità dell'esantema, giacchè vi sono casi di scarlattina *sine exanthemate* che dopo alcuni giorni presentano una notevole desquamazione e altri che presentano una parziale e non sempre apprezzabile desquamazione. Finalmente la desquamazione si può riscontrare anche nella quarta malattia. I dottori Capogrossi e Collina l'osservarono chiaramente in una epidemia verificatasi ad Ascoli Piceno nel 1908.

A me sembra, dunque, che abbiano ragione i pediatri che considerano la *quarta malattia* come una *forma attenuata di scarlattina*, così come si considera una forma attenuata del vaiuolo la vaioloide.

Particolare attenzione meritano la bocca e la gola nell'infezione scarlattinosa. Ho riferito un caso di tonsillite difteroide senza esantema. Il dott. Fraschetti potè constatare varî casi di tonsillite difteroide *sine exanthemate* in una piccola epidemia verificatasi a Roma nel 1909. Orbene, l'esistenza di tali casi è importante dal punto di vista pratico, perchè non è difficile confonderli con la *difterite delle tonsille*.

A parte le rare *infezioni miste*, la tonsillite membranosa da scarlattina si accompagna a un diffuso rossore del cavo faringeo e ad uno stato speciale della lingua: punta e bordi color rossocupo con papille sporgenti (lingua a lampone). A chi osservi bene, anche la mucosa gengivale e labiale assumono un colorito simile. Secondo Wladimirow, la lingua a lampone non è patognomonica della scarlattina, perchè si riscontra pure nel morbillo e nelle infezioni gastriche. Però in questi casi è tutt'altro che frequente, e non assume l'aspetto che vediamo, invece, nella scarlattina.

Il segno notato da Pastia nella maggior parte degli scarlattinosi, ossia l'*esantema lineare della piega del gomito*, che permetterebbe di fare la diagnosi precocemente, io l'osservai soltanto in *tre* casi.

Per quanto riguarda la *terapia* della scarlattina, il trattamento da me seguito nella maggior parte dei casi fu il seguente: pennellature sulle tonsille e su tutta la mucosa faringea con olio fenicato (olio di ulive o di mandorle dolci gr. 10, acido fenico cristallizzato gr. 1); pulizia della bocca mediante tamponi di ovatta imbevuti della soluzione: resorcina gr. 2, alcool gr. 4, acqua distillata gr. 50; pulizia del naso mediante irrigazioni di acqua alcalina tiepida o vaporizzazioni di acqua salata; nelle adeniti cervicali frizioni di vaselina all'ittiolo nella proporzione di 1 grammo d'ittiolo su 100 grammi di vaselina; contro la febbre elevata (39°-40°) canforato di piramidone o solamente piramidone. Nelle complicazioni (otiti, nefriti, ecc.) furono impiegati i soliti rimedi caso per caso.

Un tentativo di cura specifica mediante la somministrazione per via ipodermica di una soluzione titolata di clorofenoli, canfora e chinina, allo scopo di agire sull'infezione scarlattinosa con prontezza ed efficacia, non mi diede risultati apprezzabili in nessuno dei quattro casi scelti per l'esperimento.

*Profilassi.* — La scarlattina, per la sua gravità e contagiosità, merita tutta l'attenzione del medico e delle autorità sanitarie. Finora il mezzo più sicuro per evitare la diffusione della malattia è dato dall'*isolamento* del bambino infetto. Ma perchè l'isolamento riesca davvero efficace, dev'essere praticato con grande scrupolo e con grande rigore, e ciò nella maggior parte dei casi non è di facile attuazione. Nel suggerire le norme profilattiche per difendersi da qualsiasi malattia infettiva non basta elencare una serie di rimedi che teoricamente sembrano eccellenti e praticamente solo in determinate condizioni possono essere impiegati con successo, ma occorre tener conto dell'*ambiente* dove si è chiamati a prestare la nostra opera di medici e di igienisti. Allora è d'uopo trovare un rimedio che sia efficace dal punto di vista profilattico e sia facilmente applicabile. Nella epidemia scarlattinosa che sopra ho descritto, volli sperimentare il metodo Milne, che consiste nelle unzioni biquotidiane per i primi 4 giorni con *essenza di eucaliptus*, e quotidiane fino al decimo giorno della malattia. Contemporaneamente unzioni nel faringe con un tampone d'ovatta imbevuto di olio fenicato (olio di ulive gr. 10, acido fenico cristallizzato gr. 1), da ripetersi ogni due ore nelle prime 24 ore e poi 2 volte al giorno. Inoltre è utile rendere l'ambiente degli scarlattinosi saturo di essenza di eucaliptus, spargendone un po' nella biancheria, nelle vesti, oggetti, ecc. Il Milne adottò questo metodo in Inghilterra in un ospedale per bambini per oltre 25 anni con successo. Il Triboulet, la Nageotte, il Lafon e il Plique sperimentarono il metodo Milne e furono concordi nel riconoscere la grande efficacia profilattica. Difatti, secondo i citati autori, applicando per tempo questo metodo a un bambino scarlattinoso, si può permettere ai bambini sani di abitare nello stesso ambiente senza contagiarsi. Anche il Breton e il Drutot preconizzano il metodo adoperato da Milne contro la diffusione della scarlattina.

Volli, dunque, sperimentare questo metodo in occasione dell'epidemia sopraccennata, e mi servii non solo dell'essenza di eucaliptus pura, ma anche dell'essenza di eucaliptus mescolata a parti uguali con l'olio canforato.

L'epidemia incominciò con un caso grave, che finì con la morte del bambino; subito dopo si verificarono altri tre casi gravi, che immediatamente furono trattati con l'essenza di eucaliptus pura e con le pennellature quotidiane di olio di uliva fenicato. Successivamente, a distanza varia di tempo, si notarono nuovi casi, fino a raggiungere, in sei mesi, il numero di 28, di cui 9 furono trattati coll'essenza di eucaliptus puro, e 19 con essenza di eucaliptus e olio canforato a parti uguali.

Non è mia intenzione di trarre da un esperi-

mento limitato conclusioni assolute sull'efficacia del metodo Milne, ma se si considera che l'epidemia si svolse in un centro affollato; che in moltissime famiglie dove era colpito un bambino, parecchi altri si trovavano costretti ad abitare nella stessa camera e spesso a dormire nello stesso letto, senza contagiarsi; che il tempo inclemente era favorevole a rendere più intensa e più grave l'epidemia accennata; che i ragazzi si facevano uscire di casa alcuni giorni dopo la guarigione, avendo avuto soltanto la cura di farli ungere un'ultima volta con l'essenza di eucaliptus e di spruzzare negli abiti un po' dello stesso medicinale, mentre da tutti si consiglia di tenerli in casa per un mese almeno dopo la cessazione della febbre, e di lavarli con acqua calda e sapone durante il periodo della desquamazione; che non si chiusero le scuole nè l'asilo infantile, dove, però, si provvide a rendere l'ambiente leggermente impregnato di essenza di eucaliptus; se si pensa, infine, al numero di casi gravi di scarlattina verificatisi all'inizio dell'epidemia, che facevano giustamente prevedere una più larga diffusione del morbo, si può concludere, senza tema di esagerare, che il metodo Milne abbia realmente giovato a limitare l'epidemia scarlattinosa, tanto che nel non breve periodo di *sei mesi* e nella stagione più favorevole allo sviluppo e alla diffusione della malattia, si ebbero ad osservare *soltanto 28 casi.*

## DIAGNOSTICA.

### Sulla diagnosi delle affezioni degli apici polmonari.

Ehrmann (*Berl. klin. Woch.*, 1914) osserva che la percussione comparativa degli apici polmonari ha senza dubbio importanza grandissima per la diagnosi di tubercolosi iniziale; tuttavia non è eccezionale riscontrare differenze plessimetriche in soggetti nei quali l'ascoltazione, l'esame radiografico, ecc. non giustificano affatto il sospetto di una affezione tubercolare. Queste differenze di suono alla percussione possono dipendere da diversità di posizione dei grossi vasi, da aderenza della trachea alla faccia interna del lobo superiore destro, da edemi circoscritti, da atelettasia o enfisema o iperemia di un apice.

L'A. ha avuto occasione di rilevare una nuova causa di modificazione del suono in corrispondenza degli apici, e cioè la esistenza di aderenze pleuriche alla parte superiore dei polmoni. In seguito a questa constatazione egli istituì ricerche di controllo su ventitrè cadaveri; e riscontrò in quattro casi che, ad una ottusità rilevabile alla percussione degli apici, corrispondevano aderenze e ispessimenti pleurici, mentre all'esame macroscopico e microscopico il polmone sottostante non appariva alterato.

L'A. espone poi i risultati delle sue osservazioni riguardo allo stato delle pupille in individui con lesioni apicali. Come è noto, in questi pazienti è frequente l'anisocoria. L'A. ha trovato che questa può venir resa più evidente somministrando al paziente 5-15 gocce di una soluzione all'1 % di solfato di atropina; e ancora più manifesta istillando consecutivamente nella congiuntiva qualche goccia di soluzione di cocaina o di adrenalina. Dalle indagini dell'A. risulterebbe che, in casi di lesione unilaterale o bilaterale degli apici, si riscontra assai più di frequente che nei normali una differenza nella eccitabilità del muscolo dilatatore della pupilla; differenza che si rende più evidente quando si è provocata la paralisi del muscolo oculomotore, mediante l'uso della atropina o della cocaina.

V. FORLÌ.

### Sul significato del bacillo di Koch intracellulare nell'espettorato.

Löwenstein ricercando in quali forme di tubercolosi polmonare si rinvenivano i bacilli di Koch fagocitati dai leucociti, e partendo dal concetto che il fatto rappresentasse una difesa opsonica dell'organismo, trovò che i bacilli di Koch intracellulari si riscontravano specialmente nelle forme recenti, di prognosi favorevole, con tendenza alla cicatrizzazione, nelle forme croniche, nei casi curati specie con tubercolina.

L'opinione di Löwenstein non resse alla revisione di Adler e Pfeiffer: su 844 sputi, 48 volte trovarono questi AA. bacilli di Koch endocellulari: nella maggior parte di questi malati il decorso era tutt'altro che benigno; Kohls fondando le conclusioni su 35 sputi riteneva che il significato del fatto osservato non era decisivo; e ancora il problema non ha netta soluzione tra incertezze e contraddizioni dei ricercatori (Maffi, Cohn, Weis e Wolf, Einer, Rotschild).

G. Manzini (*Boll. delle Scienze med.*, volume III, 1915) ha trovato su 77 malati i bacilli endocellulari in 21 casi: bacilli fagocitati si ritrovano negli sputi di ammalati di *tubercolosi polmonare allo stadio iniziale, in malati con forme a decorso lento, e in malati in condizioni gravi*: la presenza di bacilli di Koch fagocitati nell'espettorato *non permette, secondo l'A., di trarre alcun pronostico sull'evoluzione della malattia.*

*t. p.*

# TERAPIA.

## La cura del rachitismo.

Si distinguono, come è noto, due specie di rachitismo. Il piccolo rachitismo che comincia nei bambini a 8 mesi e scompare a 3 anni: la prominenza delle bozze frontali e parietali, la persistenza della grande fontanella, il rosario costale, l'incurvamento della tibia sono i segni di questa varietà, le cui deformazioni s'attenuano rapidamente per scomparire con la crescenza. Il grande rachitismo può essere congenito e le sue deformazioni sono precoci e persistenti: le ossa sono fortemente incurvate e si ha cifosi, torace di pollo, craniotabe, debolezza congenita, atrepsia sifilitica o tubercolare.

Il piccolo rachitismo ha quasi sempre origine da una tossi-infezione intestinale. Bisogna quindi innanzi tutto procedere alla disinfezione dell'intestino sottoponendo il bambino ad una dieta idrica per 12-20 ore, praticare tutti i giorni una o due lavande intestinali con 500 grammi di acqua bollita cui si aggiungono due cucchiaiate d'acqua ossigenata. In caso di costipazione si dà un cucchiaino di caffè di una mescolanza a parti uguali di olio di ricino e di mandorle. Intanto il bambino deve essere tenuto all'aria libera in campagna o sul mare. Devono essere praticate ogni mattina frizioni aromatiche sugli arti deformati e quindi leggero massagggio. Utilissimi sono i bagni di sabbia calda: il bambino uscito dall'acqua dovrà essere messo in una fossa di sabbia e ricoperto con questa fino alle spalle; la testa sarà riparata dal sole con un ombrello. Tale bagno deve durare 15 minuti.

Il trattamento medicamentoso dovrà essere iniziato quando le condizioni dell'intestino saranno ritornate buone. Nei primi quindici giorni si dovrà dare un cucchiaino di sciroppo di lattofosfato di calce mattina e sera, e poi una delle seguenti cartine sciolta nel latte due volte al giorno:

| | |
|---|---|
| Glicerofosfato di calce.. | 15 centigr. |
| Protossalato di ferro . | 5 » |
| Magnesia . . . . . . | 15 » |
| Polvere di zucchero . | 30 » |

In inverno ai bambini si darà due volte al giorno una cucchiaiata di:

| | |
|---|---|
| Olio di fegato di merluzzo . . | 500 gr. |
| Soluz. di lattofosfato di calce . | 150 » |
| Sciroppo . . . . . . . . . | 350 » |
| Gomma . . . . . . . . . | 5 » |
| Alcoolatura di corteccia di limone . . . . . . . . . | 20 » |



oppure:

| | |
|---|---|
| Olio di fegato di merluzzo . . | 150 gr. |
| Sciroppo iodo-tannico . . . | 50 » |

o semplicemente un cucchiaino di sciroppo iodotannico due volte al giorno.

Nel rachitismo grave con rapide deformazioni convesse dare uno o due cucchiaini di:

| | |
|---|---|
| Olio fosforato al millesimo . | 2.50 gr. |
| Olio di fegato di merluzzo o di mandorle dolci . . . . | 150 » |

Nei bambini nervosi bisogna fare bagni caldi a 36° della durata di 10 minuti ed eventualmente somministrare anche bromuro.

Contro le deformazioni: massaggi, inibire lo stare in piedi. Come trattamento preventivo del rachitismo eredo-sifilitico, che è costituito da un'osteocondrite gommosa con deperimento ed atrepsia, è indicata la cura dei genitori. Al bambino bisogna fare delle frizioni con unguento mercuriale napoletano. Oppure dare da 10 a 20 gocce di liquore di van Swieten frazionate durante la giornata nel latte.

Nel rachitismo eredo-tubercolare: vita all'aria libera, cure marine, allontanare il bambino dall'ambiente contaminato, trattamento arsenicale e iodato. Una buona miscela è la seguente:

| | |
|---|---|
| Sciroppo iodotannico . . . . | 200 gr. |
| Sciroppo di china . . . . . | 100 » |
| Arseniato di soda . . . . . | 3 cgr. |

Un cucchiaino due volte al giorno.

In inverno si darà olio di fegato di merluzzo.

Chirurgicamente non s'interverrà se non quando le deformazioni persistono oltre il sesto anno e disturbano i movimenti.

Solo allora si potrà parlare di osteotomia o di osteoclasia. Nelle deviazioni definitive della colonna vertebrale si consiglierà un corsetto ortopedico.

Il rachitismo riviviscente compare dal sesto al nono anno di età, non è che una recidiva di rachitide che il bambino ha dovuto soffrire precedentemente. In tali casi l'adrenalina (15-20 gocce di soluzione al millesimo al giorno) può dare dei buoni risultati. (*Journal des praticiens*).

DR.

## La cura della dispepsia dei lattanti.

Nella forma acuta si sottoporrà il piccolo infermo ad una dieta idrica che duri da 6 fino al massimo di 12 ore, si farà un lavaggio gastrico ed intestinale, e si darà poi un leggero purgante: un cucchiaino di olio di ricino o mezzo cucchiaino di magnesia calcinata. Dopo questo

breve periodo di dieta si alimenterà il bambino con razioni molto ridotte, un terzo del normale, e nello stesso tempo si darà infuso di thè con saccarina per sopperire al bisogno di liquidi. Quindi si aumenterà gradualmente ogni due giorni la quantità di nutrimento fino a ritornare al normale. Quando non si possa disporre di latte di donna bisogna somministrare alimenti che contengano poco materiale fermentativo, cioè poca farina e zucchero: quindi latte povero di grasso, diluito con mucillagine di riso. Ottimamente risponde il latticello (*buttermilk, babeurre*). Cessata la diarrea si ridaranno gli idrati di carbonio sotto forma di farina destrinizzata e maltosio, mai lattosio.

Nelle forme croniche si fa lo stesso trattamento, solo allo scopo di evitare l'aggravarsi dello stato di deperimento si eviterà la dieta idrica iniziale. In queste forme riesce utile il latte iperalbuminato di Finkelstein.

La cura farmacologica per lo più è inutile. Per arrestare l'eccessiva diarrea si ricorrerà ai preparati tannici, di bismuto e di calcio nelle seguenti formole:

| | |
|---|---|
| Tannigeno o tannalbina . . . | gr. 3 |
| Mucillagine di gomma arabica . | » 12 |
| Saccarina . . . . . . . . | » 0.02 |
| Acqua distillata . . . | fino a cmc. 60 |

Un cucchiaino da caffè 10 volte al giorno.

Oppure:

| | |
|---|---|
| Sottonitrato di bismuto . . . | gr. 2 |
| Mucillagine di gomma arabica . | » 12 |
| Saccarina . . . . . . . . | » 0.02 |
| Acqua distillata . . . | fino a cmc. 60 |

Un cucchiaino da caffè 10 volte al giorno.

Oppure:

| | |
|---|---|
| Lattato di calcio . . . . . . | gr. 10 |
| Acqua . . . . . . . . . . | » 100 |

Un cucchiaino da zuppa 3-4 volte al giorno con l'alimento (*La Pediatria*, 1915).

DR.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(575) *Sulle iniezioni endovenose di sublimato.* Il dott. Lorenzo Llabrér Alcoy di Alicante (Spagna) ci scrive:

Ricevo con regolarità il « Policlinico » e, come abbonato a così ammirabile Rivista, mi permetto sollecitare dalla Direzione alcuni dati sull'uso delle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo.

Può questo rimedio usarsi in tutte le infezioni: tifoide, paratifoidi, influenza di qualsiasi forma, infezioni intestinali indeterminate, setticemie, ecc., il cui trattamento specifico sia nullo o poco efficace? Quali limitazioni debbono osservarsi? Quali risultati è legittimo sperare?

Riteniamo il metodo convenga nelle setticemie che manchino di trattamento specifico. Risponde bene anche in casi di sifilide.

La dose si limiterà a pochi milligrammi, tenendo conto in specie dello stato dell'intestino e dei reni. A. V.

(576) *Sul cosidetto nuovo antisettico.* — Ho letto nell'ultimo numero del « Policlinico » le formule del nuovo antisettico Dakin-Carrel e della soluzione di Giannettasio.

Per mille di acqua contiene la prima gr. 20 di ipoclorito, gr. 150 la seconda.

Come si spiega questa sproporzione? Dovendo il medico pratico usare detta soluzione per lavacri antisettici di cavi ascessuali, o di ferite infette, quale delle due deve preferire?

Nella preparazione del liquido secondo Dakin-Carrel potrebbesi, senza nuocere all'infermo, raddoppiare e triplicare la dose dell'ipoclorito, carbonato potassico e acido borico?

Sicuro che voglia onorarmi di cortese risposta la ringrazio.

D. N. P.

Nell'uno e nell'altro modo di preparazione, per la doppia decomposizione fra l'ipoclorito di calcio ed il carbonato di sodio, si ha la formazione di carbonato di calcio che precipita e viene eliminato con la decantazione e la filtrazione, e di ipoclorito di sodio e cloruro di sodio. Con la formola di Giannettasio, data la maggior concentrazione del liquido, si formeranno anche dei clorati, mentre d'altra parte per il fatto che invece del carbonato vi si trova il bicarbonato di sodio, si formano presumibilmente dei sesquicarbonati poco stabili, che facilitano la decomposizione dell'ipoclorito. Il liquido che risulta sarà in ambedue i casi non una pura soluzione di ipoclorito di sodio, ma una miscela di questo con cloruro di sodio, clorati, ecc.; l'essenziale è che non contenga nè alcali nè cloro liberi. Evidentemente il liquido di Giannettasio contiene dell'ipoclorito in concentrazione maggiore che quello di Dakin; come però già si disse, per gli impacchi e drenaggi deve essere convenientemente *diluito*.

La quantità di ipoclorito contenuta nella miscela Dakin sembra che sia relativamente innocua per i tessuti, ed è appunto in vista delle lesioni istologiche provocate da molti dei disinfettanti che l'uso di questi è andato man mano riducendosi, ed ora, fra tanti trattamenti delle ferite di

guerra, si è persino consigliato semplicemente l'uso dell'acqua di mare. Sarebbe quindi un errore alterare comunque le dosi della formula, che, a quanto risulta dall'equazione della reazione, sembrano appunto calcolate in modo da avere un leggero eccesso di ipoclorito dalla reazione e da ottenere una soluzione definitiva con una quantità bassa e costante di ipocloriti di sodio, priva di alcali libero. Riteniamo che le cavità ascessuali e le ferite settiche presentino appunto le condizioni favorevoli per tentare l'applicazione del metodo.

FIL.

(577) Le sarei grato se mi desse schiarimenti e consigli curativi su di una febbre, d'origine tossica, insorta dietro una seconda vaccinazione anticolerica, la quale dura da circa 15 giorni e che non accenna a scomparire per quanto l'infermo sia stato sottoposto a dieta lattea, purganti, enteroclismi, fermenti lattici.

La curva termometrica oscilla alla sera tra 38°.5 e 39°.5 C e al mattino tra 37°.5 e 38° C; non c'è diarrea, nè ingrossamento di milza.

Abbonato n. 5904.

Pur trattandosi di un caso specifico, rispondiamo in quanto che esso pone un problema d'interesse generale.

È poco probabile che la febbre sia in rapporto con la iniezione anticolerica, a meno che non si tratti di fenomeni settici.

Ad ogni modo, in assenza di qualsiasi sintomo che valga a spiegare la natura della febbre, potrebbe essere utile un esame ematologico e serologico.

DR.

---

L'egregio collega Ingravalle ci scrive affermando che la lettera del dottor Basile pubblicata nel nostro numero 43 è una ingiusta offesa ai medici della provincia di Lecce.

La difesa che egli fa dei medici della provincia torna ad onore dell'egregio collega.

Dobbiamo soltanto dichiarare che il suo apprezzamento è per lo meno molto esagerato.

Abbiamo personale conoscenza di bravissimi e distinti medici di quella provincia.

Il dott. Basile nello scrivere, e noi nel pubblicare, la lettera in discorso, non s'è avuto altro scopo che quello di rilevare che le questioni sulla malaria sono state troppo presto dimenticate. L'esteso e intenso risveglio che la malaria ha avuto nella stagione che sta per finire non solo giustifica, ma esige, che si richiami l'attenzione sulla cura e sulla migliore organizzazione della lotta antimalarica.

A. V.

# VARIA.

**La telegonia.** — Le violenze commesse dai tedeschi sulle donne del Belgio e delle Fiandre hanno richiamato in onore la telegonia. Coloro che sostenevano che le donne violentate e rese incinte dal nemico dovessero abortire hanno tra l'altro — accettando come dimostrata la ipotesi della telegonia, detta anche eredità per influenza, impregnazione, infezione del germe — sostenuto che le vittime della bestialità teutonica dovessero essere forzate a liberarsi, a mezzo dell'aborto o del parto prematuro, d'una specie d'impregnazione che avrebbe colpito i loro discendenti di una tara definitiva ed incancellabile.

L'ipotesi della telegonia ha acquistata una importanza scientifica solo dopo che Darwin riferì un caso che parve confermarla. Una giumenta che aveva 7/8 di sangue arabo e 1/8 di sangue inglese fu montata da una zebra: ebbe un meticcio. Accoppiata in seguito ad uno stallone nero dello stesso suo sangue generò due piccoli, che presentavano alcuni segni particolari della zebra. Montata di nuovo dopo 8 anni da un altro cavallo la giumenta generò ancora un piccolo che ricordava il primo padre.

Gli allevatori di cani e di cavalli ritenevano fino a poco fa per sicura la telegonia ed è perciò che essi avevano una cura speciale a scegliere il primo maschio alle loro cagne ed alle loro giumente: le giumente montate la prima volta da un asino erano dagli allevatori giudicate incapaci a dare un prodotto che non ricordasse il mulo.

Secondo tale ipotesi ad ogni modo sarebbe solo la prima fecondazione, non le altre, che impregnerebbe tutta la discendenza con caratteri appartenenti al primo marito, e quindi la pretesa tara non sarebbe applicabile alle donne che hanno già concepito. Ma a parte ciò, osserva Barrier, la ipotesi della telegonia non regge ad una serena critica scientifica.

A potenza ereditaria uguale l'ovulo vale lo spermatozoo nella generazione, poichè ciascuna cellula contiene a parti uguali la sostanza cromatica maschia e femmina con tutte le sue proprietà. Ad ogni modo la importanza della madre è sempre più importante perchè essa fornisce all'embrione i materiali per il primo sviluppo, il materiale che imprime la direzione alla ulteriore crescenza. Ora la telegonia fa ammettere una preponderanza del maschio, del primo padre, senza dire come e perchè.

Quando i genitori hanno caratteri non ben determinati o sono di razza differente, l'incertezza e l'alea della trasmissione ereditaria sono spinte all'estremo. E' in queste condizioni che per atavismo riappariscono fortuitamente nel

prodotto i caratteri ancestrali spesso più remoti; non deve perciò sorprendere di vedere talora in un prodotto coincidere dei caratteri atavici con dei tratti del primo marito della madre.

Si è cercato di spiegare la così detta impregnazione della femmina mediante l'assorbimento d'una frazione non utilizzata di sperma nell'atto del coito. Ma ciò significherebbe supporre contro l'evidenza una grande facoltà d'assorbimento della mucosa vaginale per i colloidi ed una ritenzione durevole dello sperma eiaculato.

D'altra parte bisognerebbe ammettere che una albumina non estranea alla specie (liquido seminale del primo maschio) sia capace di funzionare nella femmina da antigene e di provocare la formazione di anticorpi che darebbero agli organi genitali femminili una resistenza speciale e definitiva contro l'azione di altri maschi fecondatori. O anche che la madre sia impregnata dal feto di sostanze derivanti dal primo maschio.

Ora se si può accettare che ogni gravidanza provoca una leggera modificazione umorale della madre per la presenza nel feto della cromatina paterna, si deve per altro ammettere che il feto, costituito da albumine non estranee è incapace a conferire una resistenza speciale agli umori della madre.

Ogni qual volta si è voluto controllare la telegonia con l'esperimento si sono sempre avuti degli insuccessi. Nè i tentativi fatti con rigore scientifico su gli animali domestici hanno confermata l'ipotesi in quistione.

Barrier ritiene quindi che l'ipotesi della telegonia è in contraddizione con tutte le nostre conoscenze sui fenomeni intimi della fecondazione, dell'eredità, delle infezioni e dell'immunità. Essa non ha potuto essere confermata dall'esperimento. Ed i pochi fatti che hanno potuto far mettere innanzi l'ipotesi e darvi credito devono verisimilmente spiegarsi con ritorni atavici.

Quando due eredità si mescolano esse imprimono alla discendenza in varia proporzione i loro caratteri attuali e quelli ancestrali, senza che per questo i due genitori s'influenzino l'un l'altro. Il maschio dopo l'accoppiamento, la femmina dopo il parto, ritornano liberi come prima.

Le successive gravidanze, come la prima, non possono che dare un frutto nel quale sono impressi unicamente i puri caratteri materni e quelli del maschio fecondatore. DR.

---

Pubblicheremo prossimamente:

Dott. ERCOLANI P.: I noduli sottocutanei nel reumatismo articolare acuto.

Dott. BOMPIANI R.: Un caso di anemia grave progressiva trattato ripetutamente con 606.

## CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

GUY HINSDALE. *Atmospheric Air in relation to Tuberculosis.* Un vol in-8° gr. di pag. 136 con 94 tavole. City of Washington publisted by the Smithsonian Institution, 1914.

È una monografia completa sull'aeroterapia della tubercolosi, che è quanto dire sul trattamento moderno della tubercolosi; prende in esame la composizione e le impurità dell'aria, l'aria delle foreste, del mare, dei laghi, ecc., l'influenza dell'aria compressa e rarefatta e delle altitudini, la ventilazione, gli esercizi fisici e la ginnastica respiratoria, le norme generali dell'aeroterapia nella tubercolosi. La memoria è molto copiosamente e riccamente illustrata.

Questo lavoro condivise con altro il premio della Smithosonian Institution (L. 7500) al Congresso internazionale della tubercolosi tenuto a Washington nel 1908; ora è stato aggiornato, tenendo conto dei molti studi compiuti e progressi realizzati in questo campo durante gli ultimi anni. R. B.

### PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MARTOGLIO F. Sulla tecnica per la produzione del siero contro la peste bovina. Utilizzazione del liquido di lavaggio vasale come antigene. — Asmara, 1915.

Regia Università degli Studi di Cagliari. Relazione per l'inaugurazione dell'anno accademico 1914-15 letta dal rettore prof. Oddo Casagrandi il dì 15 novembre 1914. — Cagliari, 1915.

GIORDANO DAVIDE. Impressioni di chirurgia bellica (Conferenza). — Venezia, 1915.

BOIDI-TROTTI G. Un caso di acrocefalosindattilia. — Torino, 1915.

ASCOLI VITTORIO. Sulle affezioni non tubercolari degli apici polmonali. — Roma, 1915.

ASCOLI VITTORIO. Sopra un caso di morbo di Froehlich. — Pavia, 1914.

ALHAIQUE ALDO. Storia della chirurgia. — Napoli, 1915.

ARCANGELI ADOLFO. Un caso di peritiflite posteriore adesiva complicante il rene mobile. — Milano, 1915.

CASTALDI LUIGI. Il fenomeno dell'avambraccio (segno di Léri). — Firenze, 1915.

DE SIMONE G. Sui mezzi più atti a svelare l'aldeide formica negli alimenti. — Firenze, 1915.

LEONE SALVATORE. Un decennio di lotta contro il tracoma nella provincia di Siracusa, 1906-1915. (Relazione per l'anno 1914-15). — Siracusa, 1915.

DE SANDRO DOMENICO. Rumore di Flint o stenosi mitralica organica in insufficiente aortico? — Napoli, 1915.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## L'opera dei medici nella nostra guerra.

Sarebbe certamente inopportuno tentare di dare ora un giudizio affrettato sull'opera che hanno svolto i medici italiani nella guerra che si combatte sulle vette alpine e sull'Isonzo. Pure dai risultati finora ottenuti noi possiamo trar ragione di compiacimento per tutto il lavoro compito e di sicura fiducia per l'avvenire.

L'efficacia di un servizio sanitario in guerra si può misurare con sufficiente approssimazione dai risultati della profilassi contro le malattie castrensi e dal numero dei mutilati in seguito a ferite. Orbene, sia per l'un fatto che per l'altro noi possiamo affermare che risultati più soddisfacenti non si potevano sperare.

Nei primi cinque mesi della nostra guerra, cinque mesi di stagione calda, le malattie infettive hanno fatto poche vittime.

I casi di tifo non sono stati molto numerosi e le manifestazioni della malattia sono state in genere non gravi.

La meningite cerebro-spinale, che pure nel periodo anteriore alla mobilitazione generale aveva fatto non poche vittime nel nostro esercito, si è manifestata solo sporadicamente ed in pochissimi casi.

Di tifo esantematico non se ne è avuto che qualche caso e non si è nemmeno sicuri della esattezza della diagnosi.

L'epidemia colerica è stata soffocata sul nascere.

Per il resto lo stato sanitario delle nostre truppe è veramente ottimo. L'Italia si è difesa meravigliosamente dalle epidemie che infestano le popolazioni e le truppe austriache fino dal principio della guerra. Come è noto, il nemico ha inviato ai nostri confini truppe tolte al fronte galiziano e a quello serbo, truppe cioè nelle quali si erano avuti già diffusi ed in forma e a sviluppo allarmante il colera, la peste, il tifo addominale e sopra tutto quello esantematico. Tutto ciò noi apprendemmo dai pochi superstiti giornali scientifici di Vienna, giornali nei quali venivano esposte impressionanti statistiche sull'epidemie castrensi in Galizia ed in Bosnia, da articoli nei quali erano indicati e discussi i risultati dei varî sistemi profilattici adoperati, nonchè dei varî mezzi curativi del colera, della peste e del tifo esantematico in base alla larga esperienza fattane. Tutto ciò apprendevamo dai giornali medici (e facemmo poi tesoro della triste esperienza del nemico), mentre le gazzette politiche dell'imperial-regio governo annunziavano compiacentemente che l'Italia tutta era invasa da morbi esogeni, e che presto l'esercito ne sarebbe stato distrutto. Era un desiderio, un sogno che si scambiava con la realtà. I nostri nemici non potendo trovar conforto nei risultati della lotta con le armi, si consolavano fantasticando di terremoti, di rivoluzioni, di epidemie scoppiate nel regno nemico. Ma malgrado ogni cordiale augurio in contrario come non ci furono terremoti e rivoluzioni, non si ebbero neppure vere epidemie nè nel paese, nè nell'esercito.

Certo il contatto con le truppe austriache, la invasione del territorio nemico, l'asprezza ed i disagi di questa guerra erano tutti elementi che costituivano motivi di presunzioni allarmistiche e di preoccupazioni per le autorità sanitarie italiane. Ma le norme dettate con precisione veramente encomiabile, norme applicate con zelo ed intelligenza da tutti i medici che devono eseguirle, la cordiale cooperazione dei servizi sanitari civili e militare hanno avuto facilmente ragione di ogni insidia al riguardo. Noi siamo ora sicuri di potere affrontare impavidi ogni pericolo, ed i pericoli non mancheranno, come non sono mancati. Per convincersi di ciò basta aver visto con quale cura, con quale rigore, si provvede alla disinfezione di tutto ciò che appartiene ai profughi ed ai prigionieri, al modo col quale essi sono sorvegliati sempre e dovunque, perfino nei treni, che li trasportano dal luogo dove scontano la quarantena fino ai campi di concentrazione, essi sono accompagnati da un sanitario, e la stufa di disinfezione non li lascia mai. Si è molto decantata la organizzazione sanitaria tedesca, ma non è presunzione affermare che in materia di profilassi delle malattie infettive difficilmente si è potuto far meglio di quel che si fatto da noi.

Nè minor vanto per i medici italiani è l'aver contenuto la proporzione dei mutilati in limiti ristrettissimi. Da notizie che si hanno parrebbe che il numero dei mutilati non raggiungeva alla fine di settembre il numero di settecento. Sarebbe stato certo desiderabile che tali vittime della guerra fossero state minori, ed è da augurarsi che esse non aumentino di molto, ma un tale risultato a dir vero non era stato sperato.

Le armi moderne, le granate, le bombe a mano producono delle larghe, profonde devastazioni dei tessuti. Le località nelle quali si combatte sono aspre, di difficilissimo accesso: spesso il luogo dove si combatte e si cade è separato dai primi posti di medicazione da burroni impraticabili, nessuna strada, talora neppure un sen-

tiero permette il comodo e rapido trasporto dei feriti. Il loro sgombero talora è difficilissimo.

Essi spesso giacciono per lungo tempo prima che loro arrivi qualsiasi soccorso. Tenuto presente tutto ciò si doveva legittimamente presumere che la gangrena ed altre infezioni avrebbero reso necessario un gran numero di amputazioni. Invece l'intelligente attività dei nostri medici ha rese meno disastrose le conseguenze di tutte queste condizioni avverse. Quando si conoscerà tutta l'opera del servizio medico nella nostra guerra, si saprà quali miracoli di chirurgia conservativa siano stati praticati: miracoli di pazienza, di cura assidua, vigilante. È stato questo il contributo maggiore che i nostri medici hanno dato alla causa dell'umanità e della civiltà. Ridurre al minimo il numero dei mutilati, oltre che diminuire il numero degli infelici, vuol dire ridurre sensibilmente i danni della guerra nei rapporti dell'economia nazionale, perchè minore è il numero degli organismi inutili, minore il numero dei pensionati che gravitano sul bilancio dello Stato.

Un giorno quando di questo immane flagello che ha sconvolta la civiltà non rimarrà che un triste ricordo, il più triste ricordo che abbia afflitta l'umanità intera, non molti, non tanti quanto era presumibile, saranno i derelitti che trascineranno per le vie i segni orrendi della barbarie guerresca, specie se l'opera dei medici sul campo sarà convenientemente integrata dalla rieducazione funzionale, dall'ortopedia, dalla protesi.

E questo gran beneficio la nazione deve ai medici, che sulle vette alpine, le cui nevi hanno già striate del loro sangue, sulle rive dell'Isonzo, nelle cui onde si è già confuso il loro sangue, dividono i disagi le fatiche, i dolori, le speranze, le ansie dei soldati che combattono per l'integrazione della patria, per la causa della civiltà. PANGLOSS.

## Cronaca del movimento professionale.

*I medici condotti e la guerra.* L'« Agenzia Stefani » comunica:

Alcuni Comuni del Regno hanno minacciato di dichiarare dimissionari dall'impiego quei medici condotti assimilati a grado militare in servizio volontario negli ospedali di riserva, ritenendo incompatibile il servizio di condotta con quello militare.

Ad evitare il grave danno che l'effettuazione di siffatti provvedimenti potrebbe arrecare al buon andamento del servizio medico militare territoriale — quasi esclusivamente affidato, in molte località, ai medici civili — il Ministero dell'interno si è affrettato, con recente circolare, a richiamare sulla importante questione tutta la maggiore attenzione dei prefetti, nella fiducia che le amministrazioni comunali spontaneamente desistano, o si astengano da ogni provvedimento contro i medici condotti rendendosi conto — come l'eccezionale momento richiede — dell'assoluto, urgente bisogno di eliminare ogni difficoltà che, comunque, possa intralciare il regolare svolgimento dei servizi sanitari dell'esercito.

*Per i colleghi in guerra.* — Il Presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Roma dottor E. Ballerini ha diramato la seguente circolare:

*Egregio Collega,*

La Federazione degli Ordini dei Medici, nella persona del suo presidente prof. L. Silvagni, fin dall'inizio della nostra guerra, ha spiegato una lodevole attività per tutte le questioni riferentisi allo stato economico dei colleghi che si trovano in servizio delle truppe combattenti, per avere notizie dei medici feriti e caduti eroicamente sul campo di battaglia onde onorarli degnamente, per far giungere ai medici prigionieri il conforto d'un saluto collegiale. Ma, pensando che il servizio medico di guerra rappresenta per alcuni nostri colleghi un grave danno economico del quale patiscono le loro famiglie e che dopo la guerra vi potranno essere e vi saranno orfani e vedove di medici, e medici ai quali i danni fisici patiti impediranno il lavoro professionale, volle dimostrare ai colleghi, i quali tutto hanno abbandonato per dare al servizio del nostro valoroso esercito l'opera e le energie loro più fattive, il proprio interessamento e qualche provvidenza escogitare a sollievo delle condizioni non liete che potessero presentarsi.

A tale scopo, per mezzo delle Presidenze degli Ordini, si rivolge a quanti non sono partiti, affinchè venga iniziata una sottoscrizione e ciascuno offra la sua oblazione, da inviarsi dal vostro Consiglio alla Presidenza federale. Le somme ricevute saranno versate perchè siano fruttifere in un istituto di credito e saranno serbate a disposizione del futuro congresso federale perchè ne stabilisca la erogazione.

Io comprendo come questo sia un momento di sacrificio per tutti, come ben ne risenta la classe sanitaria di Roma e come questa, nel presente anno, già abbia dato il suo generoso aiuto pei medici del Belgio e pei colleghi periti nel terremoto della Marsica. Ma so eziandio come non invano si possa fare ricorso ai medici di Roma quando l'affetto pei colleghi li muova.

Aspetto adunque le offerte che mi saranno inviate, delle quali verrà data notizia sul bollettino dell'Ordine e sui giornali professionali.

*Sgravio di tasse pei colleghi chiamati in servizio di guerra.* — Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Milano, preso in considerazione il fatto che non è giusto che i colleghi che sono richiamati per servizio di guerra, e che quindi non esercitano più la professione libera, continuino a pagare le imposte di ricchezza mobile e tassa d'esercizio, ha fatto pratiche presso l'agente delle imposte e il Municipio per ottenerne lo sgravio. Ora avverte che ad ottenere la esenzione da queste imposte dal primo giorno dell'entrata in servizio sino alla fine della guerra, è necessario che i colleghi militarizzati facciano domanda all'agente delle imposte e al Municipio, corredandola con la dichiarazione del comandante del riparto sanitario dal quale dipendono, con la quale si attesti che essi sono realmente in servizio di guerra.

*Per gli ufficiali medici necessari all'esercito.* — Il prof. Cirincione, direttore della Clinica Oculistica di Roma, esaminata, in un recente articolo, la condizione fatta ai « medici aspiranti » in servizio di guerra e l'opportunità di lasciare intatta all'assistenza locale dei comuni la sua funzione vigile e vigorosa, non distraendo il corpo degli ufficiali sanitari dai propri doveri, propone poi un mezzo pratico e sollecito per completare in breve i quadri di sanità, necessari in questo periodo di guerra.

Ecco la proposta, avanzata al Ministro della guerra ed a quello della pubblica istruzione:

1° Militarizzare le quattro facoltà mediche delle università maggiori: Roma, Napoli, Torino e Bologna, e militarizzare tutti indistintamente gli studenti di 4°, 5° e 6° anno di medicina.

2° Obbligare i professori a tenere corsi accelerati e intensivi delle materie del 4°, 5° e 6° anno, con particolare riguardo alla chirurgia di guerra, ed obbligare i rispettivi studenti a seguirli. È noto che per legge ogni corso per essere valido deve contare 50 lezioni; ora se si aboliscono le numerose vacanze del calendario e quelle abusive proclamate dagli studenti, che sommano ad altrettante, potrebbonsi impartire le 50 lezioni regolamentari durante i mesi di ottobre, novembre, dicembre, gennaio e febbraio, senza alcun disturbo dell'andamento generale degli studi e senza eccessiva fatica per i professori e per gli studenti, ed in tal guisa nel marzo prossimo i 150 studenti del 6° anno sarebbero laureati regolarmente, a disposizione del Ministro della guerra; e contemporaneamente gli inscritti al 5° subirebbero le prove per la promozione al 6° e quelli del 4° per la promozione al 5°. Continuando l'insegnamento intensivo fino al 1° di luglio sarebbero in grado di servire l'esercito anche i 700 studenti ora del 5° anno, e così nell'ottobre si troverebbero regolarmente laureati quelli oggi inscritti al 4° anno.

Tanto per la qualità che per la quantità l'insegnamento medico di questi giovani in nulla differirebbe da quello normale. Cosicchè il Ministero della guerra avrebbe a sua disposizione gradatamente quel numero di giovani medici che son richiesti nella zona di guerra, debitamente istruiti e debitamente autorizzati dalla legge ad esercitare la medicina e la chirurgia. La riduzione di durata degli studi di tali studenti è solo apparente e non potrebbesi, d'altra parte, interpretare come una concessione o privilegio fatto ad una sola classe di studenti, perchè la disposizione rappresenterebbe soltanto un mezzo escogitato dal Ministro della guerra per procurarsi il numero di medici necessari alla salute dei soldati e dei cittadini, senza danneggiare i servizi civili.

*Per il Corpo sanitario militare.* — Ci si scrive:

Dopo il collocamento a riposo del tenente generale medico Ferrero, il Corpo sanitario militare è stato completamente abbandonato, tanto che non figura nemmeno sui bollettini ufficiali delle promozioni. E mentre nella fanteria vengono iscritti sul quadro di avanzamento e promossi capitani i tenenti con anzianità del 1915, nel Corpo sanitario militare invece i tenenti con anzianità del 1912 sono rimasti da tanto tempo iscritti sul quadro d'avanzamento senza avere il bene di vedere una sola promozione. Tanto meno poi i capitani medici. Così dobbiamo assistere al triste spettacolo di vedere capitani medici di 45 anni accanto a capitani di fanteria che ne hanno appena 25 e anche meno. Lo stesso dicasi per gli altri gradi. Si vede che il Ministero della Guerra non tiene nessun conto della nostra laurea. Converrebbe quasi rinunciare alla laurea e far passaggio all'arma di fanteria.

## Una dichiarazione.

Ci perviene molta corrispondenza anonima su temi d'interessi professionali e specialmente sui servizi medici militari.

Ringraziamo i colleghi per l'attestazione implicita di stima che ci forniscono, rivolgendosi a noi.

Simili informazioni talvolta vennero pubblicate, spesso cestinate; ma dobbiamo dichiarare che in avvenire non terremo conto di nessuno scritto, il cui autore non si sia fatto conoscere.

L'anonimo sarà rispettato sul giornale, se l'autore lo esige; ma noi vogliamo avere, oltre la sicurezza morale, anche la certezza materiale di stampare cose esatte e accertate.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5625) *Trapasso di farmacia - Vendita di medicinali.* — Il dott. E. D. N. da T. desidera conoscere se dal proprietario od eredi legittimi aventi diritto all'esercizio di una farmacia per un ventennio possa essere questa venduta nel suo complesso, e, in caso negativo, se dal proprietario o dagli eredi non decaduti dal diritto possano vendersi separatamente i medicinali, lo stiglio, gli attrezzi, sopprimendo totalmente l'azienda.

Il proprietario e gli aventi causa da lui possono vendere l'azienda farmaceutica ad altra qualsiasi persona sia, oppur no, farmacista. Oltre gli oggetti materiali che compongono l'azienda, nella vendita è anche compreso il diritto di privilegio di 30 e 20 anni. Il cessionario deve, però, eseguire le notifiche prescritte dallo articolo 58 del regolamento per la esecuzione della legge sulle farmacie.

La vendita delle sostanze medicamentose comprese nella farmacia stessa, può essere effettuata ma ad altro farmacista e non a privati, perchè si cadrebbe, operando diversamente, in contravvenzione alla legge sanitaria che vuole la vendita di medicinali ai privati sia fatta mediante analoga ricetta del medico.

(5626) *Cassa pensioni medici condotti - Servizio militare.* — Il dott. abbonato n. 6665 desidera conoscere se durante il servizio militare, non pagando le quote per il monte pensione, decorra egualmente il tempo utile al raggiungimento del diritto a pensione.

Il servizio utile per la misura dello assegno di riposo ai sanitarii è quello prestato con nomina regolare in un posto legalmente istituito e con percezione di stipendio, mentre il servizio militare è calcolato ai soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione (art. 16 e 30 della legge, testo unico, 2 gennaio 1913, n. 453).

(5627) *Congedo dei medici condotti - Compenso.* — Il Dott. P. C. da C. S. P. desidera conoscere se essendo sospesi i congedi dei medici condotti possa ottenere in luogo delle vacanze un congruo compenso.

La sospensione del congedo ai medici condotti è stata disposta per questo anno per ragione di ordine e di pubblica necessità. Essa, quindi, non dà diritto a compenso speciale, così come se fosse stata ordinata dalle autorità competenti per peculiari contingenti ragioni sanitarie locali.

(5628) *Servizio militare - Ricorso presso il Consiglio superiore di sanità.* — Il Dott. abbonato n. 3453 chiede conoscere se arruolandosi volontariamente nel R. Esercito come ufficiale medico di complemento abbia diritto a conservare il posto e come sarà comunicato il parere emesso su di un ricorso per aumento dello stipendio diretto al Consiglio superiore di sanità.

Il posto di medico condotto si mantiene nel solo caso di chiamata sotto le armi obbligatoria. Non è, però, difficile che il Comune spontaneamente conservi il posto a chi si reca di sua volontà sotto le armi, e ciò sia per premiare l'atto altamente patriottico dell'impiegato, sia perchè la conservazione del posto con le norme vigenti, non reca attuale e continuo detrimento alla amministrazione. Come laureato in medicina può fare la domanda al Ministero della Guerra per la nomina ad ufficiale di complemento. Il Ministero ordinerà nuova visita medica trattandosi di un riformato. In detta visita Ella potrà essere accolto, se migliorato nelle condizioni organiche generali. Le competerebbe il grado di tenente a mente del Decreto Legge del 2 maggio 1915, n. 591.

Il Decreto del Ministero dell'Interno che sarà adottato a seguito del parere del Consiglio superiore di sanità sarà comunicato a mezzo del Sindaco allo interessato.

(5630) *Veterinario e medico condotto.* — Il Dott. D. B. da C. desidera conoscere se il medico condotto possa anche essere veterinario condotto.

L'articolo 54 della vigente legge sanitaria dichiara che il conseguimento di più diplomi dà diritto all'esercizio cumulativo dei corrispondenti rami dell'arte salutare. Quindi il medico che è anche veterinario, può ben esercitare l'uno e l'altro ramo professionale ed anche in condotta, qualora non vi sia incompatibilità di fatto nello eseguire contemporaneamente le funzioni delle due cariche, entrambe delicate ed importanti.

(5631) *Servizio militare e servizio civile - Stipendio.* — Il Dott. R. P. da P. desidera conoscere se esiste giuridicamente il diritto da parte della amministrazione governativa e di quella di un'Opera pia presso cui prestava e presta tuttora servizio, di avvalersi del disposto dal Decreto Luogotenenziale dell'11 luglio 1915, numero 1060, per tutta la durata del servizio militare che egli presta di autorità come ufficiale medico di complemento.

Tanto l'amministrazione governativa quanto quella dell'Opera pia hanno il dovere di corrispondere al sanitario la sola differenza di stipendio fra quello militare e quello civile, la prima in base al citato decreto dell'11 luglio 1915 n. 1060 e la seconda in base al successivo decreto luogotenenziale del 31 agosto p.p. n. 1420 col quale le disposizioni del suindicato decreto furono estese agli impiegati e salariati dei Comuni, delle Provincie e delle istituzioni pubbliche di beneficenza.

(5632) *Omissione di referto.* — Il Dott. L. A. da C. desidera conoscere se in caso di lesioni il referto deve essere fatto per iscritto o può essere fatto anche verbalmente.

Il referto, in caso di lesioni, deve essere fatto per iscritto, dovendo dal medesimo il giudice rilevare i dati e gli elementi principali per iniziare l'azione giudiziaria. L'autorità di P. S. locale ha bensì l'obbligo di denunziare il fatto all'autorità giudiziaria, ma deve alla denunzia stessa allegare il referto medico per iscritto, non potendo questo essere sostituito da un semplice accenno o sunto che si faccia nella denunzia medesima. La circostanza accennatale dal ferito e dalla madre di lui che la lesione era stata accidentalmente prodotta non avrebbe potuto consigliarla a non fare la denunzia, perchè il medico, che ha curato una lesione, può essere dispensato dal fare il referto quando si possa assolutamente escludere l'idea di un delitto, locchè nel fatto mancava perchè la lesione oculare poteva essere anche avvenuta per atto delittuoso.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

ROMA. *R. Università.* — E' aperto il concorso fra i laureati della Facoltà di Medicina e Chirurgia a 4 posti di studio della Fondazione « Corsi ». Possono concorrere coloro che documenteranno di avere conseguita la laurea medico-chirurgica nella Università di Roma da non oltre un triennio solare dal 10 ottobre 1912, dopo avervi frequentato lodevolmente i corsi per due anni almeno; debbono inoltre aver conseguito negli esami speciali e generali una media di 24/30. Le istanze per ammissione al concorso (in carta bollata da cent. 65) dovranno essere presentate al Rettorato, coi relativi documenti, entro 40 giorni dal 10 ottobre; in esse i concorrenti dovranno dichiarare in quale branca di scienza sperimentale o pratica intendono perfezionarsi. Sono ammessi al concorso anche coloro che vinsero i premi nel concorso precedente, purchè presentino nuove memorie originali. Cessa il diritto ad ulteriore conferma in chi ha goduto il premio per due anni. Il concorso seguirà a mezzo di una o più memorie originali, che i concorrenti dovranno consegnare in Rettorato non più tardi del 30 giugno 1916. Il concorso sarà deciso entro il mese di novembre 1916 e per conseguire il premio occorrerà aver ottenuto 2/3 dei punti, di cui disporrà la Commissione esaminatrice. In caso di parità di voti si procederà ad una seconda votazione per ballottaggio. Quando questa seconda votazione dia pure il risultato della parità, la Commissione potrà proporre che il premio venga diviso fra coloro che ottennero parità di voti. Il premio, di L. 100 mensili, dura otto mesi, e per ritirare le quote nei mesi di lezione si dovrà esibire un attestato di diligenza, da rilasciarsi dai professori delle materie, nei quali il premiato deve perfezionarsi. Il premiato assume l'obligo di continuare gli studi in questa Università, salvo che, in seguito a domanda, la Facoltà gli conceda di farli altrove, e dovrà trasmettere al Preside della Facoltà, un mese prima della scadenza dell'ultima rata del premio, una relazione, che dia prova del profitto riportato. Il godimento del premio è incompatibile col godimento di altri premi e con gli uffici di aiuto, assistente o tecnico e simili negli Istituti universitari o d'insegnante di qualunque grado nelle scuole pubbliche o private.



CARPI (*Modena*). — Cercasi medico chirurgo assistente ospedale, L. 1500, partecipazione dei compensi degli atti operativi con alloggio gratuito.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

*Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.*

Commendatore: dottor Torella Andrea, delegato sanitario all'estero.

Ufficiali: prof. Zagari Giuseppe, direttore della Clinica Medica Generale della R. Università di Modena; dottor Massone Alberto, segretario medico del Consiglio superiore di sanità; dottor Ungaro Goffredo, ispettore medico compartimentale di 2ª classe; dottor Wolner Giulio, medico provinciale di 1ª classe.

## MEDICINA SOCIALE.

### Comitato di assistenza ai soldati ciechi, storpi, mutilati.

Il senatore E. San Martino, presidente del Comitato di assistenza ai soldati ciechi, storpi, mutilati che ha sede in Roma, piazza della Chiesa Nuova (palazzo dei Filippini), ha inviato la seguente circolare ai Sindaci del Lazio, dell'Umbria, delle Marche e degli Abruzzi:

« A quanti fra i valorosi che partono per la santa lotta nella vigoria della balda giovinezza e che risparmiati sul campo dalla bella morte dovessero ritornare alla Patria ciechi, storpi, mutilati, siamo in dovere di preparare quella assistenza che possa restituirli alla vita sociale.

Non basta che li accolga e li circondi l'ammirata gratitudine della Nazione; non basta che lo Stato assicuri loro un assegno vitalizio; ma deve la società aiutarli e guidarli a riadattare le membra minorate all'antico o ad un nuovo mestiere; perchè non venga a mancare loro la maggiore fra le soddisfazioni civili: quella cioè di sentirsi atti al lavoro, al guadagno, sufficienti a sè stessi e utili agli altri. Non devono infatti queste gloriose vittime della guerra divenire dei paria, che intristiscono nell'ozio consumando la sovvenzione concessa loro dallo Stato; ma i reduci ciechi, storpi, mutilati, debbono essere convinti che la rendita vitalizia, gloriosamente ottenuta, altro non rappresenta che il complemento a quanto essi stessi, purchè vogliano, possono guadagnare col proprio lavoro.

Ma perchè ciechi, storpi, mutilati possano essere restituiti alla indipendenza economica e alla autonomia sociale, devono trovare apprestati tutti quei mezzi e devono poter fruire di tutti quei benefici che offrono l'assistenza sanitaria (ortopedica) e l'assistenza sociale: quella

riducendo o compensando la minorazione organica con presidi cruenti e incruenti e con l'applicazione di adatti apparecchi tutori e di protesi, questa rieducando all'antico o ad un nuovo mestiere le membra alterate, col procurare agli inabili rieducati i posti di lavoro e finalmente col proteggerli nella concorrenza coi lavoratori sani.

La rieducazione e l'adattamento dei movimenti ai fini professionali caratterizzano l'indirizzo moderno dell'assistenza agli storpi, quale anche prima dell'attuale conflitto era attuata in molti Istituti della Danimarca, Svezia, Norvegia, del Belgio, della Russia, degli Stati Uniti d'America e specialmente della Germania; in Italia soltanto Milano possedeva una scuola destinata a questo nobile scopo: la scuola Sofia Carmine Speroni.

La guerra ha fatto sentire tutto l'urgente bisogno di una intensificazione di tale assistenza; e come numerosi nuovi centri si sono costituiti in Russia, in Inghilterra, in Francia, in Austria, così in parecchie città d'Italia si è manifestato un provvido movimento di preparazione destinato a raccogliere le forze per vivificare la nobile impresa.

La educazione dei ciechi alle arti, ai mestieri e alle professioni benchè più avanzata e conosciuta è ancora lungi dall'essere sufficientemente sviluppata: Roma, Firenze, Bologna, Genova, Palermo ed altri centri minori hanno già iniziata e svolta un'azione con fini professionali in favore dei ciechi, che ora riesce utilissima ma incompleta, mentre all'estero grandissime istituzioni hanno quasi risolto il grave problema dell'assistenza sociale ai ciechi.

Dare incremento alla assistenza sanitaria specifica dei soldati reduci ciechi, storpi, mutilati e assumerne la assistenza sociale, mediante la creazione di adatte scuole di lavoro, rappresentano gli scopi che si propone questo Comitato, e per i quali con l'autorizzazione dello Stato ha ottenuto già adatti locali e ha potuto sollecitare la pubblica beneficenza. Ma per attendere con efficacia e dignità a tante provvidenze sono necessari molti mezzi, che in questo momento non è possibile sollecitare interamente dal Governo e dal concorso dei privati. Il Comitato ha pensato quindi di rivolgere un caldissimo appello a tutti i Comuni compresi nella zona sanitaria in cui si svolgerà la propria opera (Lazio, Umbria, Marche, Abruzzi), e ciò nella fiducia che qualunque possa essere la partecipazione secondo le forze economiche del Comune alla nobile umanitaria e doverosa iniziativa verso gli infelici, riuscirà sempre di grande beneficio e di importante significato morale ».

**L'opera di Palermo pei ciechi e mutilati.**

Il Comitato palermitano d'assistenza ai soldati, che la guerra ha reso ciechi o mutilati, sotto la presidenza dell'illustre professor comm. Luigi Manfredi ha compiuto un'opera diligente e pertinace di organizzazione. Il lavoro sino ad oggi compiuto è stato meraviglioso e il Comitato si trova adesso al caso di potere senza alcun indugio iniziare e compiere la sua benefica missione di solidarietà nazionale.

Nel lavoro di preparazione il prof. Manfredi è stato assistito dall'opera solerte di cospicui cittadini, ma sopratutto dal grande alleato di tutti i Comitati, dal fervido propugnatore di tutte le più belle e generose iniziative cittadine: voglio dire dal comm. Alessandro Ardizzone, il quale ha messo interamente a disposizione di tutte le organizzazioni della difesa civile tutta la sua attività, nonchè il suo *Giornale di Sicilia* e infine il suo concorso finanziario, profondendo migliaia di lire per aiutare le più svariate forme di attività del Comitato civile.

Per quanto riguarda i *ciechi* e i *mutilati* posso dirvi che questi nostri sventurati fratelli potranno avere a Palermo ogni genere di conforto materiale e morale, qualsiasi forma d'assistenza sanitaria e umana.

Il Comitato appresterà ogni sorta di cure sanitarie, provvederà e curerà l'esatta applicazione e il più vantaggioso e metodico adattamento dell'apparecchio ortopedico, farà compiere al cieco o al mutilato un allenamento speciale curandone l'istruzione tecnica ad un mestiere, creando — nelle persone dei mutilati e dei soldati privi della facoltà visiva — dei *valori umani* socialmente e moralmente ed economicamente *utili* a sè stessi e al consorzio umano.

Già si sono raccolte quasi 25,000 lire. A questo proposito giova notare che molti istituti cittadini hanno sottoscritto e verseranno somme non indifferenti e cioè il Banco di Sicilia lire 25,000, la Cassa di Risparmio L. 10,000, il Consorzio zolfifero L. 10,000, il Credito provinciale L. 5000, la Fabbrica chimica dell'Arenella lire 2000, ecc.

I ciechi saranno ricoverati, insegnati e assistiti presso l'Istituto dei ciechi di Palermo: uno dei migliori d'Italia. I mutilati saranno accolti nella magnifica Villa Belmonte — messa a disposizione dal principe di Belmonte — la quale per la sua ubicazione e per la sua estensione, si presta benissimo non solo come convalescenziario per gli storpi e i mutilati di guerra, ma offre, ancora, i locali adatti per l'impianto degli opifici e dei laboratori tecnici necessari alla rieducazione al lavoro di questi valorosi colpiti dai tristi effetti della guerra.

I ciechi saranno affidati alla direzione sanitaria di due clinici eminenti: il professor Cirincione direttore della clinica oculistica di Roma e il prof. Gaetano Lodato direttore della clinica oculistica di Palermo.

I mutilati saranno affidati agli altri sanitari del Comitato: prof. Liborio Giuffrè, prof. Michele Titone, prof. Rosario Buccheri, prof. Francesco Spallitta, prof. Ettore Savagnone, prof. Fausto Orestano, prof. Strazzeri.

Saranno adibiti dei maestri e dei capi di arte per l'insegnamento dei varii mestieri nei diversi laboratori tecnici.

Nel prossimo mese di novembre il professor Galeazzi di Milano verrà a Palermo a tenere una grande conferenza di propaganda sull'argomento e in quell'occasione assisterà all'inaugurazione dell'importante servizio già organizzato e sapientemente predisposto.

Alla riuscita di questa bella iniziativa cittadina hanno contribuito con grande fervore e con entusiasmo ammirabile la signora Valentina Scalea-Rousseau, la contessa Sofia Bastiglia, la signora Maria Pericoli-Cavasola, la signora Maria Barabbino, la contessa Perrier, la principessa di Trabia e la signora Irene Pottino.

(dal « Giornale d'Italia »).

### Vigilanza igienica sulle sostanze alimentari.

Circolare del Ministero dell'Interno ai Prefetti in data 6 ottobre 1915, n. 20000 32-42624:

Risulta al Ministero che talune Amministrazioni comunali hanno provveduto per una più efficace tutela sanitaria sul commercio e sulla vendita delle sostanze alimentari, formandone oggetto di speciali ordinanze.

In particolare, in dette ordinanze viene fatto obbligo:

a) ai venditori di sostanze alimentari in genere, segnatamente a quelli ambulanti, di tenere la loro merce protetta dalle mosche e dalla polvere, mediante opportuni ripari, non lasciando toccare la merce stessa al compratore prima di averla acquistata;

b) ai fornai, di provvedere perchè la vendita e la distribuzione del pane a domicilio sia fatta mediante involucri o sacchetti di carta, ciascuno dei quali contenga la sola quantità di pane richiesta dai singoli clienti;

c) agli albergatori, trattori, caffettieri, ecc., di provvedere perchè il pane, che essi distribuiscono ai clienti, sia accuratamente racchiuso in carta e consegnato ai consumatori nella sola quantità da essi richiesta, escludendo da una nuova distribuzione il pane che da chicchessia e per qualsiasi motivo sia stato privato dell'involucro.

Siffatta utile iniziativa riscuote la piena approvazione del Ministero, che ritiene necessario, per la migliore tutela della pubblica salute, sia data ad essa la maggiore diffusione, sopratutto nei centri più popolati.

Voglia, pertanto, la S. V. fare le opportune premure alle Amministrazioni comunali perchè, ove già non lo abbiano fatto, provvedano per la pubblicazione di analoga ordinanza, alla cui esecuzione dovrà necessariamente essere provveduto col maggior rigore.

### Per la tutela sanitaria nei cantieri.

Circolare telegrafica diretta dal Ministero dell'Interno ai Prefetti in data 5 ottobre 1915, numero 32035:

In qualche località si è avuta occasione di constatare che le norme igieniche stabilite dal Disciplinare approvato col Regio decreto 25 luglio 1913, n. 998, per il buon governo igienico dei cantieri, non sono eseguite con quel rigore che sempre, e tanto più nelle presenti circostanze, è necessario e sulle quali il Ministero ha ripetutamente richiamata l'attenzione.

Pregansi quindi i signori Prefetti, nella cui giurisdizione trovansi cantieri contemplati dall'accennato Regio decreto, di voler dare opera efficace acciò le relative disposizioni siano esattamente applicate ai fini della tutela sanitaria degli operai e della popolazione che, coi cantieri stessi, può avere rapporto.

Analogamente raccomandasi sia in particolar modo curata l'igiene delle collettività lavoratrici non considerate nel suindicato decreto e precisamente nelle miniere, cave, alti forni ed opifici per le quali valgono le disposizioni sanitarie generali e speciali vigenti, sorrette da quella speciale vigilanza sanitaria che le SS. LL. stimeranno dovere, caso per caso, prescrivere nell'interesse delle collettività stesse e delle industrie cui dedicano il proprio lavoro.

## *NOTIZIE DIVERSE.*

### Il nuovo ospedale civile a Parma.

Il 31 ottobre è stata collocata la prima pietra del nuovo ospedale civile di Parma, presenti il presidente del Consiglio dei ministri on. Salandra, l'on. Boselli i senatori Mariotti e Lagasi, molte altre autorità fra cui i sindaci della provincia, tutte le associazioni popolari, altri sodalizi, rappresentanze e un publico imponente.

Il presidente degli ospizi civili avv. comm. Antonio Pelagatti, dopo aver ringraziato gli intervenuti, fa una breve storia dell'ospedale vecchio, mettendo in rilievo le condizioni non buone in cui si trova. Accenna al progetto pel nuovo ospedale ed all'esito della lite, che dura da venti anni, contro la ricca confraternita denominata Consorzio dei Vivi e dei Morti, e rileva come nell'attuale momento ciò che più importa è coordinare le opere civili all'azione preminente e doverosa della preparazione civile. Accenna con grande compiacimento allo spettacolo di concordia di cui Parma dà splendido esempio nelle attuali gravi circostanze del Paese. Ricorda l'eroismo dei combattenti ai confini d'Italia per la liberazione dei fratelli oppressi e per la difesa della civiltà latina, e termina mandando un reverente pensiero a Sua Maestà il Re, duce supremo dell'esercito, che sta raccogliendo attorno alla gran madre Roma i fratelli infelici ed oppressi della famiglia italiana.

Parla poi l'on. Boselli, ricordando come l'Ordine Costantiniano interviene, secondo le presenti condizioni dell'onere suo, e colla sicura speranza di porgere nell'avvenire più largo tributo in questa edificazione nobilmente pensata, sapientemente divisata.

Poi il presidente del Consiglio on. Salandra pronuncia il discorso che riportiamo:

Nei discorsi inaugurali, della grande opera dell'Ospedale di Parma vi hanno detto il presidente degli Ospizi civili, che tanta cura vi ha data, ed il mio grande e venerando amico che la Camera italiana scelse per esprimere il suo consenso, e meritatamente, per esprimere l'opera del compimento della Patria; io non ho che da aggiungere poche parole, per dirvi che ho voluto rompere pensatamente la laboriosa consuetudine di austeri doveri ai quali sono legato in questi giorni per intervenire, in nome del Governo d'Italia, a questa cerimonia civile. Essa è testimone come il popolo italiano — come tutti i popoli grandi e forti — non interrompe il ritmo normale della sua vita sociale e civile, non ostante l'estremo sforzo che faccia o che debba fare in un'opera di guerra.

Degni delle nostre memorie e delle nostre forze, noi proseguiamo nella via della civiltà, nel tempo stesso che avanziamo nella via della potenza.

E, anche, quest'ora che oggi si inizia è documento della nostra indistruttibile civiltà latina, che nessuna pervicacia straniera ha mai potuto vincere, nonostante le vicende della storia.

Come ha brillato con Romagnosi il genio della scienza e coll'Alighieri e Giuseppe Verdi qui ha brillato il genio dell'arte, qui tra voi, ove è fervido l'amore di patria, qui si manifesta, sorge, si afferma la nostra latinità; si afferma in cospetto di tutto il mondo.

Il comm. Pelagatti ha accennato al nome della illustre Confraternita dei vivi e dei morti, i cui beni sono oggi dediti al compimento di un'opera civile. La Patria vede ancora con grata memoria coloro che, pensando ai beni dell'anima, hanno erogato le larghe ricchezze che oggi servono al compimento di questo Ospedale civile.

Il nome del Consorzio dei vivi e dei morti è un grande nome, perchè davvero il Consorzio dei vivi e dei morti si compendia oggi nella Patria. E la Patria è il grande Consorzio. È la Patria che ci consente di vedere sotto un aspetto di austera festa questa folla plaudente nel momento in cui giovani italiani ed anche parmigiani si battono sugli spalti delle Alpi e sulle rive contrastate dell'Isonzo.

E sopratutto mi gode l'animo di constatare allo spettacolo di tutte queste bandiere che qui si vede manifesta la concordia di tutta la Nazione nelle speranze e nello sforzo cui tutti diamo noi stessi. È una grande prova di concordia nazionale.

Credo e son sicuro, e devo averne la fede, che l'Italia uscirà vittoriosa dall'aspra contesa in cui si è messa. Constato questa manifestazione di concordia che ha condotto il tribuno rivoluzionario di ieri a morire sotto le bandiere del Re d'Italia. Questa è una grande vittoria: è una vittoria morale.

Mi auguro di tornare a Parma quando la pace sorriderà e ci sia un'Italia più sicura, più forte e più grande. Spero di tornare come privato cittadino, con la soddisfazione di avere portato qui anche io una pietra di quest'opera grande ed austera che è l'aspirazione di civile e sociale miglioramento.

Il sindaco, avv. Olivieri, ringrazia e porge il saluto della citta agli ospiti illustri.

Si compie poi la cerimonia della posa della prima pietra, entro la quale viene collocata una ricca pergamena firmata dall'on. Salandra, dall'on. Boselli e dalle principali autorità civili e militari.

**I lavori per opere igieniche.**

Il Ministero dell'interno con circolare 20 ottobre 1915 ha richiamato la speciale attenzione dei prefetti sulla necessità di curare la scrupolosa osservanza delle norme contenute nella legge 25 giugno 1911, n. 586, e nel regolamento 6 ottobre 1912, n. 1306, circa l'attuazione dei progetti delle opere per provvista d'acqua potabile e delle altre opere igieniche da eseguirsi con mutui di favore.

Con la menzionata circolare il Ministero ha esplicitamente avvertito che i lavori non possono essere appaltati prima che i relativi atti tecnici, attinenti alle opere principali e alle varianti, siano da esso approvati, e che ogni trasgressione a tali norme importa rinuncia o decadenza, a danno dei Comuni interessati, ai benefici della legge 26 giugno, n. 586.

**Propagande utili e facili della guerra nazionale.**

Come i nostri lettori sanno, dal Gruppo per propagande medico igieniche costituitosi a Milano presso la Clinica del lavoro coll'adesione di medici di ogni parte d'Italia, oltre ad essere organizzate conferenze per i soldati nelle caserme e nei luoghi di convegno, vengono pubblicati dei foglienti volanti che contengono norme preziose per i nostri soldati, per le famiglie dei soldati e per gli operai in generale. I foglietti sono ora 26. La seconda serie comprende i seguenti foglietti:

16. Assisti i tuoi figliuoli nella fanciullezza; 17. Ai soldati perchè si difendano dal colera; 18. Norme di economia e pulizia domestica; 19. Cibi cotti e caldi a buon prezzo per le famiglie operaie; 20. Dalle acque che non si devono bere e del modo di bere; 21. Una buona parola al contadino italiano; 22. Soldati, difendetevi dal freddo!; 23. Alla maestra di una scuola rurale; 24. L'educazione della volontà per i soldati di domani; 25. Delle desinfezioni; 26. Igiene dell'occhio.

Poichè in tante parti d'Italia vi sono ancora persone di alto sentire patriottico che non trovano l'occasione per fare tutto il bene di cui hanno desiderio e si affliggono per questa limitata loro attività, raccomandiamo di rivolgersi al Gruppo di Milano per avere questi foglietti, che vengono distribuiti gratuitamente e che si prestano meravigliosamente per delle propagande utilissime per i nostri soldati ed in modo particolare per le loro famiglie e per le classi lavoratrici italiane che dedicano tutta la loro attività alla guerra nazionale. Il Gruppo ha la sua sede in Via S. Barnaba, 8, Milano.

**I libri pei militari feriti.**

L'ufficio dei libri pei feriti in guerra (via Due Macelli, 66, Roma) costituito sotto la tutela del Ministro della pubblica istruzione e diretto dal professor Annibale Tenneroni, ha spedito a diversi ospedali militari in Roma altre dodici grandi casse di libri adatti ad ufficiali e a soldati. Poichè questa pur benefica e patriottica opera del libro ai nostri cari feriti è di quelle che voglionsi compiute principalmente coi doni dei privati cittadini, si avvertano i moltissimi che desiderano mandare per mezzo del libro il loro fervente augurio ai feriti, di non voler oltre indugiare la necessaria offerta.

**Per la difesa sanitaria dell'esercito.**

Dinanzi alla R. Accademia di medicina di Torino i professori Micheli e Querelli hanno svolta una comunicazione sulle esperienze da essi fatte con esito positivo sulla vaccinazione mista anticolerica ed antitifica con unica iniezione endovenosa.

Parteciparono alla discussione dell'importante questione il generale medico Ferrero di Cavallerleone, il sen. Bozzolo, i professori Morpurgo, Gradenigo, Isnardi, rilevandone tutta l'importanza profilattica per l'esercito.

**Trasporti ferroviari di materiale profilattico.**

La Direzione di Sanità, dietro relazione e proposta del comm. Lutrario, ha emanato recente circolare con la quale nei trasporti in conto corrente sulle Ferrovie dello Stato si aggiungono gli stampati riguardanti la manutenzione ed il materiale profilattico e le cassette di attrezzi pel materiale di ricovero.

**Ospedali militari inglesi in Sicilia.**

Una Commissione militare inglese recatasi a Siracusa per scegliere i locali ove istallare degli ospedali per le truppe anglo-francesi d'oriente, ha stabilito di frazionare i contingenti di feriti fra Palermo e Siracusa.

**Omaggio alla Croce Rossa.**

Il Comitato costituitosi nel personale postale, telegrafico e telefonico per promuovere una grande manifestazione nazionale di omaggio e di aiuto alla Croce Rossa Italiana, continua alacremente nella sua opera di preparazione.

**I francobolli per la Croce Rossa.**

Il Ministero delle poste e dei telegrafi comunica:

È stato firmato il decreto luogotenenziale, che autorizza l'emissione di francobolli speciali da 10 e 15 centesimi col sopraprezzo di 5 centesimi, il quale andrà a beneficio della benemerita istituzione della Croce Rossa Italiana.

L'uso di detti francobolli è facoltativo e limitato alla francatura delle corrispondenze dirette nell'interno del Regno, da e per le Colonie e fra queste.

Con speciale circolare il Ministero delle poste ha raccomandato vivamente alle Direzioni, agli uffici ed a tutti i dipendenti dell'Amministrazione di mettere in opera il massimo impegno per procurare una vendita estesa dei nuovi francobolli.

La vendita sarà iniziata nella prima quindicina di novembre nel giorno che sarà presto annunziato.

**Il « Gettone di guerra » della Croce Rossa.**

Il Comitato di propaganda della Croce Rossa di Milano ha preso, coll'approvazione del Comitato Centrale di Roma, l'iniziativa di coniare un « Gettone di Guerra », per il quale sono aperte già le prenotazioni presso lo stesso Comitato (Piazza della Scala, 13, Milano). I « gettoni », saranno eseguiti con conio speciale, saranno in numero limitato, e costeranno L. 2 in rame, L. 10 in argento e L. 100 in oro.

Il « Gettone di Guerra » avrà le precise dimensioni e il peso di una moneta legale da 10 centesimi.

Le prenotazioni sono già molto numerose.

**Nella stampa medica francese.**

I direttori della « Revue de Médecine » e della « Revue de Chirurgie » sono venuti nella determinazione di riprendere la pubblicazione di questi due periodici, interrotta dall'agosto 1914.

Pur continuando ad accogliere lavori d'indole generale, faranno posto di preferenza alla medicina ed alla chirurgia di guerra.

Gli abbonati del 1914 riceveranno i fascicoli che vedranno la luce nel 1915. L'annata 1916 sarà poi ripresa nelle condizioni abituali.

**Il premio Nöbel per la medicina.**

Si ha da Stoccolma, 30 ottobre:

L'istituto Carolin di Stoccolma ha deciso di conferire il premio Nöbel per la medicina per l'anno 1914 al dottore Roberto Barany, libero docente nell'università di Vienna, ora prigioniero in Russia, per i suoi lavori di fisiologia e patologia sul vestibolo dell'orecchio.

Il premio di medicina per il 1915 è, secondo lo statuto della fondazione, riservato al 1916; perciò nell'anno prossimo saranno conferiti due premi. In questo anno il premio ammonta a circa 200,000 franchi.

**I nostri morti.**

Diamo l'elenco completo dei sanitari caduti sul campo, o di ferite riportate sul campo, dei quali abbiamo sin'ora contezza.

Medici-chirurgi:
- Allora Francesco,
- Betti Domenico,
- Bisetti Giovanni,
- Camusso Adolfo,
- Corda Manlio,
- Frugoni Zeno,
- Landini Gioacchino,
- Magnani Sante
- Mazzotti Bartolo,
- Ott Ottorino,
- Piccolo Giuseppe,
- Rebuffi Giov. Battista,
- Trabucco Silvestro,
- Vismara Carlo.

Studenti in medicina:
- Alberti Luigi,
- Cassina Giacinto,
- Mazzarone Giovanni,
- Neuschüler Emilio,
- Rasori Livio.

Veterinario: Trevisan Carlo.

Studente in veterinaria: De Loco Quirico.

Farmacisti:
- De Mattei Alfonso,
- Rolando Domenico.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII. **Roma, 14 novembre 1915** Fasc. 46

# IL POLICLINICO

## SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



**Ai nostri Signori Associati che ancora non se ne provvidero rammentiamo l'interessantissimo premio semigratuito:**

* Dott. G. MENDES - Capitano Medico del 2° Reggimento Granatieri - Già Aiuto negli Ospedali di Roma * * * *

**MANUALE di Medicina e Chirurgia di guerra**

Elegantissimo volume tascabile di circa 250 pagine, con 20 figure intercalate nel testo e 1 tavola a colori

**PREZZO L. 5** (Per gli associati al Policlinico sole L. **2** franco di porto).

**Sommario:** PARTE I. **Composizione delle unità di guerra. - Ordinamento dei servizi sanitari in guerra :** Organi direttivi ed organi esecutivi. Servizio sanitario reggimentale e posto di medicazione. Sezioni di sanità. Ospedaletti da campo da 50 letti. Ospedali da campo da 100 e da 200 letti. Ospedali da guerra della Croce Rossa. Sgombero dei feriti e degli ammalati. Servizio sanitario lungo le linee di tappa. Treni ospedali della Croce Rossa. Treni attrezzati trasporto-feriti. Stabilimenti sanitari di riserva. Rifornimento del materiale sanitario. — PARTE II. **Malattie più frequenti al campo:** M. degli organi della circolazione. M. degli organi della respirazione. M. dell'apparato digerente. M. dell'apparato uropoietico. M. veneree. M. della pelle. M. del sistema nervoso. M. mentali. M. da infezione. Avvelenamenti alimentari. - **Ricerche ed analisi chimiche sommarie. - Formulario. - Indice dei più usati medicamenti con traduzione in francese, tedesco ed inglese. - Cura degli avvelenamenti più frequenti. - Dosi massime dei medicamenti.** — PARTE III. **Traumatologia di guerra:** Armi moderne. Ferite dei diversi tessuti (Parti molli, vasi sanguigni, nervi, ossa). Complicazioni delle ferite. Ferite delle varie regioni (Cranio, faccia, collo, torace, addome, reni, bacino, colonna vertebrale, arti). — PARTE IV. **Igiene dell'esercito in campagna.** Alloggiamenti. Alimenti e bevande. Marcie e fatiche militari. Accidenti morbosi durante le marcie. Igiene del vestiario. Igiene individuale. Profilassi delle malattie da infezione. - **Mezzi più attivi e comuni di disinfezione chimica.** — PARTE V. **Convenzione di Ginevra. - Elenco dei mezzi pel funzionamento del servizio sanitario in campagna. - Modelli degli stampati in uso nelle unità sanitarie in guerra.**

**Per l'acquisto di quanto sopra, inviare Cartolina vaglia direttamente al prof. ENRICO MORELLI - Via Sistina, 14-15 - ROMA**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

stituto di Patologia e Clinica Medica della R. Università di Sassari
diretto dal prof. L. ZOJA.

### Il favismo

er il dott. A GASBARRINI, aiuto e libero docente.

OMMARIO. — I. Storia. - II. Etiologia. - III. Sintomatologia. - IV. Forme di favismo. - V. Patogenesi. - VI. Diagnosi - VII. Anatomia patologica. - VIII. Complicazioni. - IX. Durata. Recrudescenza. Immunità. Recidive. - X. Prognosi. - XI. Profilassi. - XII. Cura.

(*Continuazione e fine, vedi fasc. precedente*).

V. PATOGENESI.

Come Zoja dice in lezioni cliniche sul favimo, il fenomeno essenziale nel favismo, fenomeno che spiega la sua sintomatologia, e che forse non si potrà sorprendere che in casi eccezionali nel suo presentarsi, è la emolisi che si fa fulminea, imponente e che probabilmente non avviene che per un brevissimo tempo e richiede o una singolare improvvisa e fugace fragilità della maggior parte dei globuli e la presenza di un agente o di condizioni emolitiche che bruscamente e intensamente si presentino, e che operino in tal modo per brevissimo tempo.

a) *Teoria tossica.* La teoria dell'intossicazione è quella oramai seguita dalla maggioranza dei medici, i quali ripongono il favismo nell'intossicazione alimentare, come il *latirismo*, la

*lupinosi* (1) e la *trifoliosi* (*Kleekrankheit* dei tedeschi); quest'ultima per gli animali.

Il favismo sarebbe quindi dato da una speciale sostanza chimica, tossica, contenuta a preferenza nel frutto (semi e pericarpio) e nei fiori. L'essiccamento e l'invecchiamento attenuerebbe il potere nocivo, senza però estinguerlo del tutto (Ruggeri, De Luca). Questa sostanza dannosa, qualunque essa sia, colpirebbe adunque l'individuo o per mezzo delle particelle odorifere, che si sprigionano dalla leguminosa in fiore, producendo così un favismo da inalazione, o per mezzo del frutto fresco, talora anche cotto, producendo un favismo da ingestione. Inoltre l'azione di tale sostanza si esplicherebbe soltanto in individui particolarmente predisposti, con una rapida e più o meno intensa distruzione dei corpuscoli rossi del sangue (Montano, Zangri, Piga, Fermi, Frongia, ecc.). Il De Semo nell'XI Congresso internazionale di medicina interna riferiva che il favismo a Corfù si considerava da qualche botanico dovuto ad un fungo speciale vivente sulle fave. La teoria tossica del favismo è naturalmente ipotetica, non essendosi riuscito ancora ad isolare dalle fave o dal fiore una sostanza capace di riprodurre nell'uomo o negli animali il caratteristico quadro della malattia. Parlerebbero tuttavia in favore di tale teoria: la comparsa del favismo limitata esclusivamente alle località ove si coltivano e si consumano fave in grande quantità, e nella stagione della fioritura e della maturazione di esse, la mancanza di un periodo d'incubazione, l'insorgere dei primi sintomi subito o dopo pochissimo tempo dall'inalazione del profumo dei fiori o dall'ingestione dei semi crudi od anche cotti; la breve durata della malattia, i disturbi provocati dall'odore dei fiori di fave e dall'ingestione di esse negli individui predisposti al favismo, come pure, fino ad un certo punto, i risultati degli esperimenti negli animali, e sopratutto l'analogia col favismo del quadro sintomatologico che si osserva in alcune intossicazioni vegetali (spongiole, ginestra, ciclamen, ecc.) (Fermi).

b) *Teoria infettiva.* Ha pochi seguaci. Tra essi, il dott. Cipriani crede che la sola causa possibile della malattia sia da ricercare in un bacterio, il quale spiegherebbe la sua efficacia patogena quando la pianta è in fiore o il frutto è ancora ben tenero: tuttavia questa conclusione non è stata documentata fino ad oggi da alcun reperto batteriologico, e quindi ben lungi dal poter essere accettata. Potrebbero invero parlare per la teoria infettiva la febbre e la leucocitosi, segni peraltro rinvenibili anche in alcune intossicazioni.

*Ricerche sperimentali sull'uomo e sugli animali.*

1° *Somministrazione di fave fresche, crude:*

a) *Esperienze su un convalescente di favismo.* Facendo ingerire ad un affabato convalescente una discreta quantità di fave, che avevano determinato una forma mortale di favismo in una bambina, il paziente non ne risentì alcun disturbo, e gli esami delle urine, del sangue, nonchè le ricerche sul siero, ripetute rispettivamente prima e dopo l'ingestione delle fave, diedero identico risultato (Gasbarrini).

b) *Esperienze sui conigli.* Parimenti, alimentando con fave crude dei conigli per varî giorni non si ebbero disturbi degni di rilievo.

2° *Azione dell'estratto di fave e del distillato di fiori e di bucce di fave.* Il Bernabei inoculando nelle vene e sotto la cute di conigli e di cavie 20-40 cmc. di estratto acquoso di fave fresche e secche, ha potuto veder morire tutti gli animali inoculati con fenomeni di anoressia, ipostenia, polipnea, tremori, miosi e convellimenti convulsivi terminali. Facendo il Fermi inalare il distillato dei fiori di fave ad individui predisposti al favismo ha osservato talora senso di peso al capo, nausea, lieve cefalea, capogiro, inquietezza, insonnia, mai però emoglobinuria. Inoltre eseguendo queste stesse esperienze in diversi animali ed iniettando in essi anche il distillato delle fave fresche, delle bucce e dei fiori, quest'ultimo soprattutto riusciva attivo, determindo specialmente fenomeni depressivi negli animali a sangue freddo, fenomeni d'eccitazione nei mammiferi.

Ora, a rigore di termini sintomatologici, i risultati ottenuti sperimentalmente dal Bernabei e dal Fermi sono ben lungi dal rappresentare il quadro clinico del favismo, in cui domina — come si è detto — la sindrome essenzialmente emolitica (anemia acuta, itterizia ed emoglobinuria).

3° *Azione dell'estratto di fiori, di frutto e di bucce di fave sui globuli rossi.* Secondo alcuni, l'estratto acquoso di fave (Solinas, Frongia) e di fiori (Piga) si mostrerebbero dotati nettamente di azione emolitica sui corpuscoli rossi del favico, mentre il potere emolitico sarebbe meno netto sui globuli del sano (Piga, Solinas, Frongia) e del malarico (Frongia). Gli eritrociti immersi nell'estratto si presenterebbero alterati di forma (Piga, Solinas). Altri osservatori hanno ottenuto al riguardo risultati incerti (Fermi) o del tutto negativi (Gasbarrini).

4° *Azione del siero di affabato negli animali.* Le ricerche in questo senso sono assai scarse.

(1) Reinemann, Jansen ed altri asseriscono che gli steli (*chaumes*) dei piselli, delle fave e delle vecce determinano negli animali uno stato analogo alla *lupinosi* dei montoni.

Il Gasbarrini iniettando nelle vene di un coniglio del siero inattivato appartenente ad un fabico ebbe emoglobinuria, rapida deglobulizzazione, leucocitosi, mentre in un altro coniglio la iniezione di siero di una inferma guarita completamente del favismo restò senza effetti. Questo risultato, certo interessante, merita tuttavia ulteriore conferma.

Da quanto si è detto risulta che la patogenesi del favismo rappresenta un campo ancora aperto a nuovi studî e nuovi esperimenti, per assodare se si tratti dell'azione di un elemento tossico o non piuttosto infettivo.

## VI. DIAGNOSI.

La diagnosi di favismo non offre il più delle volte difficoltà. Serviranno di guida per l'esatto giudizio sopratutto il tempo in cui compare questa malattia, corrispondente alla fioritura e maturazione delle fave, e la circostanza che il malato asserisce di averne mangiato, e le addita come il vero agente causale. Tuttavia, poichè il sintoma « emoglobinuria » che — come si è detto — dà l'impronta al quadro clinico del favismo, ripete per l'uniformità nel modo di presentarsi e di decorrere fedelmente quanto si verifica nelle emoglobinurie in genere, così può qualche volta il favismo equivocarsi con la:

a) *febbre ittero-emoglobinurica*: la sua sintomatologia ricorda assai da vicino quella del favismo, come si può rilevare dal seguente quadro comparativo, in cui è riportata una recentissima classificazione della febbre ittero-emoglobinurica secondo Plehn:

| *Forme di febbre itteroemoglobinurica secondo Plehn.* | *Forme di emoglobinuria da favismo.* |
|---|---|
| 1. *Forma abortiva*. Debolezza; urine appena sanguigne, spesso con accenno ad ittero. Guarigione entro pochi giorni. | 1. *Forma abortiva*. Prostrazione ed abbattimento con pallore della cute e delle mucose. Scomparsa di questi disturbi dopo qualche giorno o poco più. |
| 2. *Forma mite*. Brivido seguito da febbre alta, vomito e senso di oppressione, anemia notevole, urine sanguigne, ittero manifesto che cresce al 2°–3° giorno. In terza giornata, scomparsa della febbre e della emoglobinuria; 1-2 giorni dopo non più tracce di albume nelle urine, itterizia attenuata. Ordinariamante guarigione in breve tempo. | 2. *Forma mite*. Spossatezza, troncatura degli arti, cefalea, stordimento, disappetenza, nausea e talora vomito; stipsi o diarrea. Segni di anemia marcata; febbre, emoglobinuria, lieve itterizia. Guarigione in una settimana circa. |
| 3. *Forma grave*. Febbre remittente o diverse elevazioni termiche giornaliere con intermittenze e brividi; ittero ordinariamente poco manifesto. Urine intensamente sanguigne, emolisi profonda, progressiva. Guarigione assai rara (morte di solito al 4°-5° giorno). | 3. *Forma grave*. Senso di deliquio e di estrema debolezza; febbre elevata con brivido, gastralgia, vomito; anemia profonda con lieve itterizia; urine fortemente sanguigne, polso debole e frequente, respiro alquanto profondo. Questa forma può essere mortale. |
| 4. *Forma tossica, fulminea*. Oltre gli altri fatti, ittero appena accennato, perdita repentina della coscienza e morte in coma prima di 24 ore. | 4. *Forma acutissima e gravissima*. Stato comatoso. Temperatura alta, vomiti biliari; anemia acutissima con itterizia non forte; urine scarse di color nero-verdastro; collasso e morte nelle prime 24 ore o entro 2–3 giorni. |
| 5. *Forma emorragica*. Rara ad osservarsi. Emoglobinuria e copiose emorragie intestinali e gastriche. Morte al 2°–3° giorno. | 5. *Forma emorragica*. Si osserva raramente. Quasi sempre mortale nei primi giorni. |

Anche il reperto ematologico della febbre ittero-emoglobinurica è identico — secondo il Plehn — a quello del favismo. Tuttavia, a parte le opinioni emesse in questi ultimi tempi da alcuni AA., i quali pensano che la febbre ittero-emoglobinurica sia un'entità nosologica distinta, in essa è presente la malaria, o vi fu in passato ed il quadro insorge con l'uso del chinino;

b) *con l'emoglobinuria malarica spontanea*: si differenzia dal favismo sopratutto per la presenza del parassita malarico nel sangue e per la curva termica;

c) *con l'emoglobinuria da chinino*. L'insorgenza dei primi disturbi subito dopo la somministrazione del chinino ci sarà di guida per riferire il quadro morboso all'azione del farmaco. Nel favismo peraltro non si verifica idiosincrasia per i sali di chinino;

d) *con l'emoglobinuria parossistica;* ma due dati fondamentali la differenziano dal favismo: l'assenza di un'autolisina specifica secondo Donath e Landsteiner e dell'infezione luetica. Inoltre non si ha quel senso di profonda prostrazione ed abbattimento, caratteristico del favismo;

e) *con l'emoglobinuria da freddo,* ma qui mancano il vomito e l'itterizia, mentre riescono ordinariamente positive la prova « del freddo e del caldo » e la reazione di Wassermann.

Più difficile invece è diagnosticare una forma lieve di favismo, in cui manca l'emoglobinuria, e la sintomatologia si compendia in un certo pallore del paziente ed in una lieve itterizia, che

si associa a disturbi gastro-intestinali. In tali casi, errori od equivoci sono possibili;

f) *con un catarro acuto gastro-duodenale*, ma allora si tratta di individui, non predisposti al favismo, i quali hanno ingerito alimenti di difficile digestione od anche fave, ma in quantità eccessiva, tale da riuscire indigesta. I pazienti si lamentano allora soprattutto di un senso di oppressione e ripienezza allo stomaco, hanno vomito costituito in massima parte da residui alimentari non digeriti, molte volte fetidi, e contenente muco od anche bile; in simili circostanze ogni disturbo scompare in seguito a semplice somministrazione di un energico purgante.

Nel caso invece di una forma lieve di favismo, trattasi di persone che pur sapendo di non tollerare le fave, ne hanno imprudentemente mangiato qualcuna o sono passate per un campo di fave in fiore;

g) *con l'echinococco epatico*. L'equivoco è facile specialmente in quelle regioni ove domina il favismo (ad es. la Sardegna), in cui l'echinococco è molto diffuso; può allora in individui anemici aversi una lievissima itterizia per compressione della cisti sulle vie biliari; l'incertezza in tali casi si fa ancora maggiore, allorchè capiti di osservare l'infermo al tempo delle fave od egli ne abbia mangiato. Ricordo a questo proposito il caso di un individuo che aveva ingerito fave, ed inviatoci in Clinica con la diagnosi di favismo lieve, formulata in base a leggiera tinta itterica della cute e delle sclere e per lo stato di debolezza e prostrazione, laddove un esame diligente del malato e l'intervento chirurgico assodarono poi trattarsi di echinococco epatico. Se al momento può aversi ragione di incertezza, il decorso chiarisce in modo indubbio la forma.

### VII. Anatomia patologica.

Lo studio clinico del favismo non ha proceduto di pari passo con l'osservazione anatomo-patologica, e fino ad oggi non si ha un reperto anatomico completo di individuo morto per questa oscura malattia.

Possediamo un'unica autopsia parziale eseguita dal Gasbarrini in un bambino di due anni dopo diverse ore dalla morte. In quel caso fu trovato: peritoneo integro; fegato aumentato di volume, duro, di colore giallo-bruno, superficie di sezione liscia con aree di color giallo intenso in alcuni punti; cistifellea non dilatata con poca bile assai densa. All'esame microscopico: dilatazione dei capillari contenenti globuli rossi, numerosi macrofagi e qualche endotelio libero. Cellule epatiche qua e là vacuolizzazte ed alcune alterazioni degenerative del nucleo, lieve iperplasia del connettivo perilobulare e sopratutto del tessuto collagene (metodo Bielchowski). Assenza di parassiti malarici. Assenza di pigmento nei macrofagi, negli endoteli, nelle cellule stellate perivascolari di Kupfer. Coledoco pervio. Milza tre volte più grande del normale, con capsula ispessita assai dura, tanto che strideva al taglio. Microscopicamente: vasi dilatati, iperplasia connettivale e del collagene. Non plasmodî, nè pigmento. Reni ingranditi, congesti. Mucosa del duodeno ed intestino tenue turgida, coperta da muco ed abbondante bile. In un'ansa intestinale si rinvennero degli ascaridi. La vescica conteneva pochi centimetri cubi di urina fortemente sanguigna. Seminato il contenuto intestinale, tolto rispettivamente dal duodeno e dal tenue, e la bile dalla cistifellea si svilupparono bacilli grossi e tozzi immobili, sporigeni.

Le alterazioni trovate fanno però ritenere che il favismo si fosse sviluppato in un bambino già precedentemente affetto da una alterazione epato-splenica da causa non bene chiara.

### VIII. Complicazioni.

A parte i disturbi del sistema nervoso e del tubo digerente che rientrano piuttosto nel quadro clinico, sono rare le complicanze nel favismo. Specialmente temuta è l'anuria, la quale può aversi nelle forme gravi.

### IX. Durata - Recrudescenze - Immunità Recidive.

La *durata* del favismo è — come si è detto — brevissima, corrispondente al periodo emoglobinurico, superato il quale, l'infermo entra in convalescenza. Si vedono molti affabati ricolorirsi in pochi giorni per un rapido ed insolito rifacimento del sangue, in qualche altro invece lo stato anemico permane qualche tempo.

Non si verificano *recrudescenze* nel favismo: quando le urine cominciano a schiarirsi è possibile affermare con molta sicurezza che il caso volge a guarigione.

Parimenti non sembra esistere una vera *immunità* contro il favismo: sebbene non manchino esempi di persone che furono colpite una sola volta dalla speciale malattia o recidivarono soltanto dopo parecchi anni, capita il più delle volte che il malato racconti di avere già precedentemente sofferto il favismo ed asserisca d'esser certo di procurarselo ogni volta si esponga a ciò che ritiene esserne la causa.

### X. Prognosi.

Nella maggior parte dei casi il favismo guarisce: la morte avviene più facilmente nei bambini. Da una statistica del Fermi del 1905 la

mortalità per favismo in Sardegna risultò corrispondere all'8 % dei casi osservati. Anche noi negli ultimi tre anni abbiamo osservato in provincia di Sassari diversi casi mortali di favismo. È utile rilevare che in alcune annate questa malattia suole decorrere, per condizioni del tutto oscure, con carattere di particolare gravità.

Sono elementi di prognosi riservata l'anemia, la comparsa rapida del coma, la depressione e dilatazione del cuore già all'inizio dell'accesso emoglobinurico.

### XI. PROFILASSI.

Fino a che l'etiologia e la patogenesi del favismo non verranno chiarite, anche le misure profilattiche non potranno essere che incerte. Si raccomanderà tuttavia agli individui predisposti a questa malattia di non entrare o passare vicino a campi di fave in fiore e di astenersi dal mangiare fave crude od anche cotte. Ai poppanti soggetti al favismo non si dovrà dar latte della nutrice, che abbia poco prima ingerito fave.

### XII. CURA.

Non esiste un rimedio valevole a troncare l'attacco. Il popolo empiricamente tenta di curare il favismo somministrando agli infermi fave cotte e salate, ma senza vantaggio.

Il trattamento è puramente sintomatico. Il paziente va tenuto in assoluto riposo. Si sosterranno le forze con latte, brodo, uova, succo di carne, caffè. Nelle forme gravi si applicherà il ghiaccio al capo ed all'epigastrio. Si prescriveranno purganti oleosi, ipodermoclisi saline (anche con liquido di Ringer), cloruro di calcio per via gastrica, cardiotonici (iniezioni di canfora, di etere, stricnina, digitale o strofanto), inalazioni di ossigeno.

In alcuni casi abbiamo tentato contro l'emolisi le iniezioni di siero di cavallo e quelle di colesterina (coleolo Serono), sostanze, che — come è noto — hanno potere antiemolitico. Non è possibile però fino ad oggi manifestare alcun giudizio sul loro valore terapeutico nel favismo, data la scarsezza dei casi, in cui furono esperimentate.

### BIBLIOGRAFIA.

1. MESSINA. Catania, a. 1851.
2. LA GREGA. Palermo, a. 1856.
3. DI PIETRA. Catania, a. 1858.
4. BERTÒLO. Messaggero di Caltanissetta, a. 1873, n. 78-79. La Pratica del medico, Napoli, giugno 1901, n. 11.
5. MALTERA. Osservatore di Palermo, vol. VIII, fasc. IV.
6. MORICI. Ibidem, vol. IX, fasc. V-VI, pagina 302.
7. MONTANO. *Del favismo o intossicazione fabacea*. IX Congresso medico internazionale di Roma, 24 aprile 1894, pag. 301.
8. PUCCI. *Febbre ittero-ematurica da chinina e favismo*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, a. 1896, n. 40, pag. 421.
9. CIPRIANO. *Favismo*, a. 1898.
10. GRANDE. *Su di un caso di favismo*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, a. 1898, n. 67, pag. 720.
11. ZANGRI. *Un caso d'intossicazione fabacea. Favismo ed intossicazione chininica*. Lavori dei Congressi di medicina interna, ottobre 1898, pag. 331.
12. GIROTTI. *Di alcuni casi di favismo con successiva alterazione funzionale del cuore*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, a. 1899, n. 4, pag. 45.
13. PIGA. *Il favismo*. La Clinica medica italiana, a. 1899, n. 6, pag. 357.
14. DE CAMILLIS. Rivista medica, agosto 1901.
15. VERCELLI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, a. 1902.
16. FERMI e MARTINETTI. *Ricerche sul favismo*. Policlinico (Sez. pratica), a. 1902, n. 78, pagina 800.
17. STEVANI. Arch. Ital. di Otologia, a. 1904, vol. XVI, fasc. I.
18. FERMI. *Studio sul favismo*. Annali d'Igiene sperimentale, a. 1905, fasc. I, pag. 75.
19. FRONGIA. *Studî sul favismo*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, a. 1907, n. 114, pag. 1191.
20. CONTI. *La malaria con rilievi fatti in Sardegna*. Tip. Gallizzi, Sassari, a. 1910, pag. 157.
21. ZOJA. *Su di una forma ancora insufficientemente conosciuta di anemia acuta febbrile, con itterizia ed emoglobinuria (il favismo)*. Prima nota: *Sul reperto ematologico*. Malaria, a. V, 1914, fasc. I.
22. PLEHN. *Ein Beitrag zur Kenntnis der akcut hämolytischen Malaria (Schwarzwasserfieber)*. Deut. Med. Woch., a. 1914, n. 28, S. 1414.
23. DE LUCA. *Zafara o favismo*. Lavori della Società italiana di Patologia esotica, Messina 27-28 giugno 1914.
24. GASBARRINI. *Su di una forma ancora insufficientemente conosciuta di anemia acuta febbrile con itterizia ed emoglobinuria (il favismo)*. Seconda nota: *Ricerche sierologiche*. Folia Clinica, Chimica et Microscopica, a. 1914, vol. IV, fasc. XII.
25. GABBI. *Trattato elementare di Patologia esotica*. Edit. Fratelli Bocca, Roma, a. 1915, pagina 334.

## MEDICINA SOCIALE.

### La profilassi degli infortuni e gli interessi degli operai.

L'applicazione della legge sull'assicurazione degli infortunî sul lavoro ha dato luogo, come oramai è noto a tutti, ad una infinità di abusi e di inconvenienti le cui conseguenze morali, sanitarie, economiche si vanno manifestando minacciose un po' da per tutto.

Anche in Germania dove le leggi sociali sono più adulte e più robuste, e dove il senso morale

si pretende più evoluto si sono deplorati fatti che hanno fatto ritenere perfino dannose tali leggi. Il Bernhard ha pubblicato al riguardo un libro nel quale mette in evidenza diffusamente ed a base di documenti le spiacevoli conseguenze della politica sociale tedesca. L'influenza depravatrice, egli scrive, dell'assicurazione-infortuni già ora si nota ed apparirà nel corso del tempo ancora più spiccata. Le assicurazioni sociali maturano dannosi effetti igienici e sociali che da prima si considerarono un male inevitabile ed accessorio, ma che oggi man mano fanno dubitare della bontà stessa dell'istituzione. Il materiale che documenta tali dubbi si va accrescendo senza tregua. I medici più insigni ammoniscono delle pericolose conseguenze cui la Nazione va incontro, nè si possono condannare come antisociali i medici coraggiosi abbastanza per manifestare convincimenti sgraditi alle masse operaie.

Le idee del Bernhard sono intonate ad un pessimismo catastrofico e certamente esagerato, ma non si può negare quanto la esperienza ha dimostrato che cioè la legge degli infortunî più che un reale beneficio per i lavoratori, è stato un campo fecondo di speculazione per altre classi sociali che infondendo o solleticando lo spirito litigioso degli assicurati hanno assorbito gran parte dei vantaggi destinati agli infortunati.

Ma a parte ciò vi sono nella legge alcuni principî che mentre avevano lo scopo di favorire gli interessi degli operai, finiranno con l'andare del tempo a danneggiare seriamente la classe lavoratrice ed a provocare gravi perturbamenti economico-sociali.

Così il principio ovunque ammesso che nella liquidazione degli indennizzi d'infortunî non si debba tener conto alcuno della influenza delle predisposizioni e delle malattie preesistenti, finirà, quando non sia convenientemente temperato, per essere causa di disoccupazione e di miseria.

Il dott. Mazzone in una sua recente pubblicazione propone per diminuire la frequenza e la gravità degli infortuni una visita preventiva agli operai di tutti i rami delle industrie allo scopo di scegliere individui organicamente adatti a ciascun genere di lavoro, e visite periodiche successive, specie dopo gravi malattie, allo scopo di accertare la persistenza della idoneità fisica dei lavoratori.

Questo sistema di profilassi degli infortuni è stato già discusso altre volte e si è presso che concordi nell'ammettere che quando fosse generalmente e rigorosamente applicato avrebbe delle conseguenze economiche, sociali veramente disastrose, in quanto che il numero degli individui che si dovrebbe escludere dal lavoro sarebbe enorme e costituirebbe per le industrie un onere ancora più grave del rischio che corrono attualmente.

Le amministrazioni ferroviarie che prima della legge degli infortunî sottoponevano il personale a visita sanitaria preventiva unicamente per assumere individui fisicamente idonei alle speciali fatiche e tali da poter garentire la sicurezza della circolazione dei treni, ora ha generalizzato tali visite che son fatte anche con l'intento di eliminare tutti quegli individui che presentino fatti che possano complicare eventuali infortuni, o presentino predisposizioni a malattie o anche malattie che pur non impediscono la prestazione di un regolare lavoro. Una tale profilassi è stata imposta dall'abuso che si è fatto e si fa del trattamento privilegiato che le ferrovie fanno agli agenti infortunati o comunque malati.

Ma se si tien conto che gli operai delle imprese private son soggetti per varie ragioni a dover mutare ad ogni età la loro dipendenza da un industriale all'altro, non è dubbio che se ogni qual volta vengono impiegati fossero sottoposti ad una visita preventiva si avrebbero degli effetti, socialmente parlando, disastrosi. Avanzando nell'età gli operai troverebbero maggior difficoltà a trovar lavoro, così come riesce difficile agli individui anziani potersi assicurare sulla vita. Le malattie infatti che possono essere aggravate da un trauma sono moltissime, anzi, a quel che sostengono gli specialisti speculatori d'infortunii, su tutte un traumatismo può avere una influenza deleteria.

Mi limiterò qui ad indicare quelle predisposizioni a malattie o malattie che per loro natura, per il loro grado per il periodo del loro decorso non limitano affatto o solo di poco la capacità lavorativa, e che pure possono essere aggravate da un trauma o aggravare il trauma stesso o addirittura essere la causa. dell'infortunio

L'ernia innanzi tutto costituisce un pericolo per i lavoratori e conseguentemente per gli Istituti assicuratori.

Essa in conseguenza di uno sforzo può subire un aggravamento quantitativo e qualitativo; aumentare di volume e strozzarsi.

Per quanto il concetto dell'ernia traumatica sia stata costretta in questi ultimi tempi in limiti abbastanza ristretti, pure non si può escludere che uno sforzo intenso ed improvviso come un trauma diretto possano in un individuo predisposto provocare la fuoriuscita di un'ernia.

Negli individui affetti da varici le lesioni traumatiche degli arti inferiori sono per intensità e

durata abbastanza gravi; una piccola lesione può provocare la caratteristica ulcera varicosa, una cicatrice può aggravare ancora più le condizioni locali della circolazione.

Per quel che riguarda i cardiopatici bisogna tener conto che la letteratura registra casi di vizii valvolari prodotti da traumi diretti sul torace, e non è rara la pretesa da parte di antichi cardiopatici di mettere in rapporto la loro malattia con un infortunio. I traumi d'altra parte possono provocare la morte subitanea per sincope di individui affetti da vizii valvolari, o provocare fatti di scompensi nei soggetti che fino ad allora ne erano esenti. Ma quando questi fatti non si verificano e riesce impossibile mettere in rapporto il trauma con la malattia, o perchè questa era già nota e nella storia dell'infermo si trovano fatti che spiegano la lesione valvolare, o quando ancora riesce difficile mettere d'accordo il grado della lesione stessa con la sede la natura e l'intensità del trauma, allora compaiono sulla scena disturbi nervosi più o meno documentabili che, come nota il Rumpf, dovrebbero essere indennizzati, pure ammettendone la esistenza, per il tanto effettivo della riduzione della capacità lavorativa e non come un aggravamento della cardiopatia preesistente. Le questioni che riguardano l'aggravamento dell'arterio-sclerosi son le più intricate e di difficile soluzione. Bisogna innanzi tutto tener conto che l'arteriosclerosi, questa malattia così frequente nei lavoratori che abbiano oltrepassati i 50 anni, può essa stessa essere causa di un infortunio per le vertigini che colpiscono coloro che ne sono affetti; essa può d'altra parte aggravare e prolungare le lesioni chirurgiche per disturbi della circolazione locale, per insufficienza della funzione cardiaca, della funzione renale, fatti tutti che ritardano i processi di riparazione cicatriziale e di consolidazione delle fratture.

Ma un trauma sia esso fisico o psichico può aggravare lo stesso processo arterioso. Veramente una dimostrazione anatomo-patologica sicura in tale senso non è stata mai data. Per lo più il trauma nei soggetti arteriosclerotici turba l'equilibrio instabile della circolazione provocando disturbi funzionali, che il più delle volte scompaiono in breve tempo, ma che spesse volte per meccanismi psichici di varia natura permangono rendendo permanentemente inabili gli infortunati.

Si aggiunga infine che nei soggetti arteriosclerotici in seguito a traumi può verificarsi la emorragia cerebrale, la quale quando anche non sia stata provocata da un trauma, capitando sul lavoro può simulare un infortunio dando luogo a quistioni, le cui soluzioni non sempre sono un omaggio alla verità. Analogamente può avvenire per la rottura di aneurisma dell'aorta.

Neppur rari sono i casi di diabete traumatico. Le gravi contusioni sul capo, specialmente sulla regione occipitale, sulla colonna vertebrale, sulla regione epatica, su quella pancreatica e sull'addome in genere, lo stato emozionale sono state indicate come causa di questa malattia del ricambio. Quando non si conoscono le condizioni preesistenti del soggetto riesce molto difficile escludere il rapporto di dipendenza tra la malattia ed il trauma. Il diabete può d'altronde essere aggravato in conseguenza di un infortunio: tutta la sintomatologia può accentuarsi, e possono anche comparire fatti nuovi ed anche gravi come il coma seguito da morte. Ma il maggior pericolo è costituito dai particolari caratteri di gravità che assumono le lesioni chirurgiche negli individui affetti da diabete.

Ai più piccoli infortuni seguono lesioni estese e lente a guarire, quando non residuano alterazioni più o meno gravi e permanenti e non segua la morte, a tuto danno, oltre che del paziente, dell'« Istituto assicuratore ».

Oltre l'ebbrezza alcoolica anche l'alcoolismo cronico ha la sua influenza negli infortuni. A parte il fatto che un trauma può aggravare le alterazioni cardiache, renali, cerebrali ed epatiche più o meno latenti negli alcoolisti è certo che questi per le loro condizioni mentali e nervose sono nel lavoro imprudenti, indocili, incuranti del pericolo, maldestri per cui vanno soggetti agli infortuni più frequentemente che altri. Inoltre come avviene per tutte le malattie discrasiche ogni lesione chirurgica decorre con peculiare gravità; valga per tutti ricordare che i traumi toracici provocano facilmente la pneumonite, che negli alcoolisti ha quasi sempre esito letale.

Si aggiunga che in seguito ad un trauma grave può manifestarsi il delirio alcoolico, che, oltre ad essere funesto per sè stesso, aumenta la gravità della situazione perchè sopravviene quando più l'infermo avrebbe bisogno di calma e di riposo e perchè durante l'agitazione psico-motoria egli rende nulla ogni cura strappando le bende ed ogni altro apparecchio chirurgico.

A meno che il bacillo di Koch non sia direttamente inoculato dal traumatismo, non esiste una tubercolosi traumatica.

Ciò non esclude che non vi siano rapporti tra tubercolosi ed infortunii. Un trauma può localizzare una tubercolosi latente, aggravare una preesistente, generalizzare un processo localizzato.

Per quanto meno evidente e più controversa pure l'influenza di un trauma sul decorso di un

tumore maligno non è stata negata in via di massima: attualmente si ha tendenza ad ammettere tra infortunii e neoplasmi maligni lo stesso rapporto ammesso tra infortunii e tubercolosi. Specialmente per i tumori cerebrali la letteratura registra casi di origine traumatica e casi aggravatisi in conseguenza di un trauma cefalico. Ma bisogna pur tener conto che la neoplasia encefalica più che effetto può essere causa d'infortunii: le vertigini, i complessi e vari disturbi della coscienza e della motilità sia pure allo stato iniziale, le sofferenze che accompagnano tali affezioni possono provocare, favorire un infortunio o aggravarne le conseguenze.

La influenza dei traumi nei soggetti sifilitici più che per le complicanze chirurgiche (facili periostiti specie della tibia, ulceri torpide alle gambe in seguito a piccole ferite, ecc.) ha importanza per le alterazioni indotte dalla lue nelle arterie ed in altri organi, alterazioni che possono essere aggravate dai traumi, e per la quistione della tabe e della paralisi progressiva traumatica. Il nesso etilogico tra il trauma spinale e cefalico e queste due gravi malattie non è ancora sicuramente accertato come si pretende da qualcuno. La maggior parte dei neuropatologici anzi è più incline a negarlo che ad ammetterlo. Le ultime ricerche hanno confermata la natura parasifilitica della tabe e della paralisi progressiva ed i pretesi casi traumatici o devono attribuirsi ad errori di diagnosi, come hanno sostenuto Rayiam e Marchaud, o sono casi nei quali il grave trauma ha solo accelerato il processo morboso aggravandone la sintomatologia. Ma conviene pur tener conto che i tabetici ed i paralitici nel periodo in cui è loro concesso di lavorare, ossia negli stati iniziali o nei periodi di latenza della malattia, sono più che altro soggetti agli infortuni rispettivamente per l'atassia locomotrice, per le peculiari condizioni mentali, per gli accessi congestivi cerebrali (accessi epilettiformi ed apopletiformi).

A parte il fatto che il rapporto tra epilessia e trauma possa essere invertito dagli interessati, non è raro che le lesioni occasionate da un accesso convulsivo o da un equivalente epilettico siano state addebitate ad un infortunio sul lavoro; il che a vero dire non esclude che esse possano effettivamente costituire un infortunio quando le conseguenze del malore sieno state gravi unicamente per le condizioni stesse nelle quali si svolgeva il lavoro.

Le diminuzioni dell'acutezza visiva sono spesso in buona o mala fede, attribuite ad un infortunio, e quando sieno molto accentuate possono favorire gli infortuni; d'altra parte pure ammettendo una parità di rendimento gli imprenditori nell'assumere individui ciechi da un occhio nell'eventualità di un trauma all'altro vanno incontro ad un rischio maggiore di quel che corrono assumendo operai con ambo gli organi visivi integri. Per quel che riguarda l'organo dell'udito dirò che non c'è trauma alla testa che non sia sfruttato dagli otopazienti anche di antica data; gli otoiatri giungono nella maggior parte dei casi a stabilire che l'otopatia era preesistente al trauma, ma non riescono mai ad escludere l'aggravamento. Per gli individui affetti da labirintite riesce assai difficile stabilire in alcuni infortuni se la malattia sia l'effetto o la causa della caduta.

Come ognuno vede gli stati morbosi che possono influire sinistramente sulle conseguenze di un infortunio non son pochi, ed io non ho accennato che ai più importanti, ai più comuni a quelli a cui la casistica degli infortuni offre quotidianamente materia a discussioni. Essi sarebbero già sufficienti a fare escludere da ogni ramo dell'industria un numero considerevole di operai. E pure non ho accennato affatto a tutte le altre innumerevoli condizioni morbose per le quali, se anche riesce impossibile sostenere un nesso etilologico col trauma, a torto o a ragione si ritiene possano essere da esso aggravate o precocemente messe in evidenza.

L'assicurazione obbligatoria sugli infortuni dei lavoratori ha molto diffusa una forma di malattia, la così detta neurosi traumatica, prima riservata solo ai sinistri in ferrovia.

Con ciò non deve intendersi che questa forma morbosa segua a traumi indennizzabili proporzionatamente con maggior frequenza nelle classi disagiate. Tutt'altro: la percentuale dei veri e pretesi neuro-traumatizzati tra i viaggiatori in ferrovia non raggiunge il 100 per cento perchè, oltre i morti subito o poco dopo il sinistro, una certa parte dei viaggiatori ed i più poveri sono immediatamente indennizzati con piccole somme, con che rinunciano ad ogni ulteriore pretesa. D'altra parte Fabbri e Tognetti hanno messo in evidenza il fatto, confermato da Horn, che la percentuale dei traumatizzati nel basso personale delle Ferrovie, nel quale pure gli infortuni sono tanto frequenti e gravi, è molto più bassa che nei viaggiatori in maggioranza appartenenti alle classi agiate.

Non si può però escludere che alcuni fattori, come l'arteriosclerosi, l'artritismo, l'alcoolismo, il tabagismo, la tubercolosi, la sifilide, il deperimento organico dipendente da qualsiasi causa, predispongono alle forme nevrotiche. Queste condizioni predisponenti per note ragioni sono nel ceto operaio molto diffuse e spiegano forse la maggiore frequenza dei neurotraumatismi ne-

gli individui anziani in confronto dei giovani. Parlo sempre delle forme dipendenti da infortuni sul lavoro, che quelle in rapporto a sinistri ferroviari hanno la stessa frequenza in tutte le età.

D'altra parte il maggior numero delle neurosi traumatiche indennizzabili viene documentato dai medici infortunisti e pur troppo anche dai periti gudiziari su una serie di sintomi, che è facile riscontrare in individui non traumatizzati per poco che siano avvelenati dall'alcool, dal fumo che siano affaticati o esauriti dal lavoro fisico o mentale, o che si trovino sotto l'influenza di un'emozione, come quando sono sottoposti ad una visita dal cui esito dipende l'ottenere o meno un indennizzo più o meno vistoso o da cui dipende essere o non dichiarato un simulatore. Non parlo di quei casi nei quali i sintomi stessi con tutta la coorte dei disturbi subiettivi sono provocati, creati dalle visite lunghe, minuziose, affaticanti, asfissianti a cui i medici alla caccia dei sintomi sottopongono i loro pazienti, o in rapporto allo stato di attesa ansiosa determinato dalle vicende delle vertenze giudiziare.

Oltre la stereotipica sintomatologia subbiettiva, la vivacità dei riflessi profondi, l'aumento della eccitabilità meccanica dei muscoli, il dermografismo, la tachicardia, i leggeri tremori sono i sintomi con i quali, se non sempre, per lo meno nella grandissima maggioranza dei casi si pretende documentare la diagnosi di neurosi traumatica.

E pure questi fatti a cui si da tanta importanza diagnostica e per i quali spesso vengono scandalosamente liquidati forti indennizzi specie ai sinistrati in ferrovia, sono sintomi comunissimi in ogni categoria di persone, ma specie nei professionisti che logorano il loro sistema nervoso nello studio e nella lotta per la vita. Morselli ritiene che se i soggetti esposti a disgrazie e ad infortuni fossero esaminati o conosciuti prima, il valore di certi segni della neurosi traumatica verrebbe a scomparire. Come ho detto l'atto stesso della visita medica, specie quando da essa dipenda la liquidazione di un indennizzo, la rivelazione dell'inganno o la sicurezza di una carriera determinano uno stato emotivo più o meno intenso accompagnato dai suoi concomitanti fisici.

Ma oltre questi fatti che non decampano dalla normalità, e che vengono sfruttati a scopo di disonesta speculazione dagli infortunati con la complicità necessaria di medici ed avvocati, che anzi il più delle volte sono gli autori e gli istigatori del trucco, ed oltre la predisposizione alle sindromi nervose post-traumatiche causata dalle intossicazioni ed infezioni croniche, dell'esaurimento organico in rapporto ad un accesso di lavoro o di miseria, può esistere una predisposizione insita alla costituzione nervosa dell'infortunato, al suo temperamento. Senza rinvangare la vecchia quistione dell'isterismo traumatico nel senso di Charcot, a cui dopo tutto non si è definitivamente rinunziato, è certo che i temperamenti nervosi, i deboli mentali, i suggestionabili (la neurosi traumatica è tutta una suggestione) costituiscono un terreno propizio per lo sviluppo delle forme nervose indennizzabili. E dopo tutto anche senza volere accettare completamente il concetto di Charcot, oggi da qualcuno rimesso in onore, che il trauma sia la condizione occasionale per svelare un isterismo latente è certo che, come del resto succede per ogni altra malattia, un infortunio può aggravare o suscitare nuovi sintomi nei soggetti isterici. Lo stesso può dirsi della nevrastenia come delle altre forme funzionali.

Non è dubbio che se gli assicuratori per evitare il rischio che corrono per le neurosi traumatiche volessero tener conto di tutte le predisposizioni, eliminando dal lavoro coloro che ne presentano qualcuna, gli opifici, i cantieri rimarrebbero presso che deserti.

Ma è pur certo che il male dilaga, assume proporzioni inquietanti e non sarebbe inopportuno un rimedio.

I neuro-traumatismi falsi o veri col diffondersi della conoscenza del profitto che se ne può ricavare e con il moltiplicarsi, diciamolo pure, dei medici infortunisti aumentano spaventevolmente.

La legge sugli infortuni sul lavoro, per dirla col Morselli mal concepita e peggio applicata, è stata la causa della diffusione degli istero-traumatismi, per quanto lo sfruttamento più scandaloso di questa malattia si è avuta per risarcimento di danni nella salute in tema di responsabilità civile. Per gli uni e gli altri casi è stato l'Istituto del perito giudiziario che si è mostrato inadeguato alla funzione commessagli.

I rapporti tra traumi e malattie più che da una rigorosa e spregiudicata osservazione scientifica sono stati dedotti dalla casistica di facili e spesso interessanti giudizi peritali; si è andata formando così una letteratura alla quale si riferiscono i medici fiduciari degli infortunati per dar valore delle loro pretese, i periti giudiziari per giustificare il loro giudizio.

Su questa letteratura si è fondato l'assioma che quasi tutte le malattie possono essere aggravate da un trauma.

Questo assioma cui ha dato valore pratico il principio che lo stato di salute preesistente non restringe affatto il diritto al risarcimento finirà

per danneggiare coloro stessi che si volevano favorire.

Già nei paesi più progrediti industrialmente e dove quindi più facile è la costituzione di sindacati si è corsi al riparo e si cerca di eliminare dal lavoro tutti gli individui che non sieno fisicamente perfetti. In Italia, che io sappia, il Sindacato industriale si limita a far licenziare dagli stabilimenti consociati quelli a cui fu liquidato un indennizzo per una qualsiasi inabilità permanente, e con tale sistema ha visto diminuire il numero degli infortuni sul lavoro.

Ma tali sistemi se pur giustificati dall'interesse e dal desiderio di diminuire il rischio e la frode sono inumani.

Ma fortunatamente l'importanza stessa del pericolo che minaccerebbe la classe operaia ne limita la portata: se si dovessero allontanare dal lavoro tutti coloro nei quali un trauma può provocare delle conseguenze più gravi che in un individuo normale non resterebbe a fare altro che chiudere le officine.

D'altra parte la visita preventiva, come osserva il dott. Amante, diviene in pratica un'arma a doppio taglio che può riuscire dannosa agli stessi assicuratori, uno strumento pericoloso che si presta maggiormente ad arruffare la matassa.

Lo svelare le dissimulazioni è arte ancora più difficile di quella di scoprire le simulazioni ed alle visite preventive potrebbero facilmente essere dichiarati sani individui malati. Questa dichiarazione nelle mani di un infortunato o dei suoi patrocinatori sarebbe un mezzo inoppugnabile per dimostrare il rapporto di causalità tra un trauma ed una malattia preesistente.

Ed è per lo stesso motivo che non son gran che entusiasta della proposta fatta anni sono dallo stesso dott. Amante, che vorrebbe che il medico chiamato a redigere il primo certificato d'infortunio facesse una relazione dettagliata sullo stato generale del soggetto. Con questo sistema le possibilissime omissioni darebbero ragione agli infortunati di stabilire con maggior diritto e più probabilità di successo un rapporto tra il trauma e la malattia eventualmente sfuggita al primo esaminatore.

Allo stato dei fatti non si può certo invocare un provvedimento legislativo che modifichi sostanzialmente il principio che nella determinazione della incapacità lavorativa non si deve tener conto dello stato anteriore. Nè vi sono mezzi che siano praticamente capaci di prevenire gli abusi derivanti dall'applicazione di tale principio, senza produrre degli inconvenienti economico-sociali. Solo chi è chiamato a giudicare su tali quistioni spesso intricatissime, può e deve fare in modo che i benefici principî della legislazione sociale non siano sfruttati a scopi di speculazione, che il patrimonio destinato alle vittime del lavoro non si perda e si esaurisca nella pozzanghera della frode.

Non è dubbio che i giudizi dei periti se non sempre, troppo spesso favorevoli agli infortunati sul lavoro e... altrove, più che da un convincimento sicuro sono dettati dal pregiudizio che nel dubbio sia più giusto decidere favorevolmente all'inforunato che all'ente assicuratore. Vero è che spesso il dubbio è figlio di un sentimento di pietà, e si dimentica che i giudizî bisogna darli con idea di giustizia e non con sensi di compassione.

Quando questi sentimenti non sono infrenati e guidano troppo generosamente i giudizî nella materia che ci occupa finiscono per risolversi in danno della povera gente. Non è ignoto a nessuno che le leggi sulla assicurazione obbligatoria per le malattie degli operai hanno trovato serii ostacoli dovunque, appunto perchè si temeva che esse avrebbero moltiplicati gli abusi già verificatisi nell'applicazione della legge sugli infortunî.

Certo non si può negare che l'ambiente va modificandosi, i medici vanno acquistando sempre più coscienza dell'alta importanza sociale dei loro responsi in materia di assicurazione, ma questa tendenza benefica sarebbe certamente favorita se le vertenze in materia d'infortunio fossero sottratte alla litigiosità curialesca deferendole ad arbitrati obbligatori, o quanto meno fosse modificato l'Istituto del perito sostituendolo col collegio peritale. G. DRAGOTTI.

**Premio Semigratuito:**

Prof. V. BARNABO'.

**I poteri defensionali e l'officio protettivo degli organi viscerali e parenchimali contro i germi delle infezioni chirurgiche.**

Data la notevole importanza dell'argomento, trattato esaurientemente in questa recentissima monografia, in cui sono riassunte le più moderne nozioni anatomiche, istologiche, cliniche e sperimentali, ed esposte le svariate ricerche e le concezioni personali dell'Autore, ci siamo procurati, certi di far cosa gradita ai nostri abbonati, il mezzo di offrire a condizioni vantaggiose un libro indispensabile non solo per chi si occupa di Patologia speciale chirurgica, ma altresì per chi studia la Patologia in genere delle malattie infettive.

Un vol. in 8° grande, di pag. XVI-922; in commercio L. **20**; pei nostri associati sole L. **12**, franco di porto.

Per ricevere quanto sopra inviare cartolina-vaglia *direttamente* al Prof. ENRICO MORELLI, Via Sistina, 14-15 - Roma.

# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### Su alcune lesioni congenite dell'intestino tenue.

(Conferenza Hunteriana detta dinanzi al Royal College of Surgeons of England, il 10 marzo 1915, da J. Howell Evans).

Le principali ipotesi messe innanzi per spiegare le atresie e le stenosi congenite dell'intestino tenue si riferiscono: 1° a processi peritonitici intra-uterini; 2° retrazioni cicatriziali da ulcerazioni; 3° pressione da tumori o 4° da lacinie amniotiche; 5° embolismo o trombosi dei vasi mesenterici superiori; 6° ernia inguinale, volvulo, intususcezione; 7° trazione da parte del dotto onfalo-mesenterico; 8° ingrandimento sproporzionato delle valvole conniventi; 9° persistenza di occlusioni epiteliali destinate altrimenti a scomparire.

È difficile ammettere la prima ipotesi, quella di una peritonite fetale, dal momento che una caratteristica di tali malformazioni è appunto il carattere di normalità della parete esterna peritoneale dell'intestino, mentre solo nella mucosa e sottomucosa si osservano fatti patologici. La teoria dell'intussuscezione fetale fu sostenuta specialmente da Chiari e da Braun, ma non pare abbia basi inoppugnabili. Così pure non si può dare grande importanza ai disturbi del circolo intestinale dovuti a infezioni o intossicazioni.

Bland-Sutton ha richiamato l'attenzione sulla frequenza delle malformazioni intestinali nei punti sede di « eventi embriologici »; ciò si riferisce principalmente ai diverticoli perivateriani e alle occlusioni nella zona del diverticolo di Meckel. Fu appunto Meckel quegli che metodicamente studiò l'etiologia dell'atresia del tenue, dimostrando che numerose malformazioni sono dovute ad arresto di sviluppo di stati embrionali precoci. Dagli studî di Meckel passò quasi un secolo prima che nuove ricerche su tale soggetto fossero iniziate; e queste noi dobbiamo a Tandler. Egli nel 1900 cominciò i suoi studi sulle prime fasi dello sviluppo del duodeno, ed avendo osservato che quasi sempre il lume duodenale dei giovani embrioni è obliterato in uno o più punti da una membrana epiteliale, concluse che le occlusioni e le stenosi congenite del duodeno debbano dipendere da persistenza totale o parziale di questi setti epiteliali. Tali occlusioni epiteliali del duodeno nei primi stadi dello sviluppo furono ripetutamente osservate da Forssner nel 1907: esse normalmente scompaiono per un processo di disintegrazione, che conduce a perforazioni multiple della membrana e finalmente alla sua scomparsa. Ciò che è stato stabilito per il duodeno potrebbe, secondo Fossner, verificarsi anche nelle altre parti del tenue.

Queste occlusioni epiteliali embrionali si sviluppano in atresia completa, allorchè, per proliferazione del mesenchima, la sottile membrana primitiva s'ispessisce, divenendo una formazione permanente.

Una parte non indifferente della patologia addominale riconosce per causa la persistenza del diverticolo di Meckel o *diverticulum ilei*, residuo del dotto onfalo-mesenterico. Esso è situato sull'ileo, cui corrisponde per struttura, a circa un metro di distanza dalla valvola ileo-cecale. Il suo calibro è di solito uguale a quello dell'intestino sul quale s'impianta (lungo il margine libero; rare le varietà laterali o intramesenteriche); è provvisto di un mesodiverticolo, nel quale decorrono i vasi, e che termina in una piccola massa di grasso, contenente per eccezione del tessuto pancreatico.

È di forma cilindrica o conica; talora si biforca; varia in lunghezza da 2 a 20-25 cm. Dal diverticolo stesso o dalla zona diverticolare si distaccano uno o più nastri di apparenza connettivale, che si fissano all'ombellico e in cui spesso si trovano residui dei vasi onfalo-mesenterici; tracce di questi vasi talora pervî s'incontrano con maggior frequenza nel maiale. Questi nastri furono a torto considerati di origine infiammatoria; la loro importanza è notevole in quanto essi soli possono rappresentare una causa di occlusione intestinale.

In seguito alla persistenza del dotto onfalo-mesenterico si possono formare delle fistole, che vanno distinte in: 1° semplici; 2° con inversione e prolasso della mucosa; 3° complicate con ernia; 4° con sintomi di strozzamento.

La fistolizzazione del dotto rimasto pervio si può avere, quando la sua estremità venga compresa nel laccio posto sul cordone ombellicale: allorchè il cordone cade risulta una fistola ombellicale entero-diverticolare; una tale fistola può formarsi, anche senza che il dotto sia compreso nel laccio, per semplice rottura della sottile parete diverticolare, sotto l'influenza degli sforzi addominali; l'orificio piccolissimo della fistola è talora ricoperto da vegetazioni papillomatose. L'inversione e il prolasso della mucosa diverticolare può accadere spontaneamente subito dopo la caduta del cordone, o più tardi, e in tal caso spesso in seguito a ripetuti sforzi di tosse. Quando il diverticolo è breve ed ampio può accadere che, per l'aumentata pressione intra-addominale, un'ansa intestinale venga proiettata traverso il canale diverticolare, come per un ano

artificiale; l'intestino così erniato diviene edematoso, si formano aderenze all'intorno, onde la riduzione riesce difficile.

Altri diverticoli congeniti (o *diverticoli veri*, dovuti ad alterazioni locali dello sviluppo, da distinguersi dai *diverticoli falsi*, dovuti a processi patologici) sono situati nel duodeno, ove numerosi sono gli « eventi embriologici » connessi con la formazione del fegato e del pancreas. Non è raro invero di trovare nelle pareti di questi diverticoli residui di tessuto pancreatico.

Mentre i diverticoli della seconda e terza porzione del duodeno sono congeniti, quelli della prima porzione possono essere congeniti, acquisiti del vestibolo duodenale, da ulcera. Nel digiuno, in cui non si hanno specali « eventi embriologici », i diverticoli sono quasi sempre acquisiti o falsi.

A proposito dell'ileo abbiamo già ricordato il diverticolo di Meckel: delle condizioni patologiche dovute alla sua persistenza, la più frequente è l'ostruzione intestinale nelle sue varie forme. L'intussuscezione del diverticolo di Meckel, quand'esso è fisso all'ombellico, è rara: tuttavia è stato descritto un caso d'invaginazione retrograda. Il volvulo è pure eccezionale: ne sono menzionati cinque casi nella letteratura. Più frequente è lo strangolamento interno da diverticolo di Meckel: questo può essere fisso (al mesentere, al tenue, al cieco, all'appendice, ecc., ma specialmente all'ombellico) o libero. Se è fisso, lo strozzamento può aversi per costrizione progressiva di un anello diverticolare, traverso cui sieno immesse una o più anse intestinali: l'anello agisce allora come un vero e proprio orificio erniario. Se è libero, è necessario, perchè lo strozzamento si avveri, che il diverticolo sia sufficientemente lungo per circondare l'ansa intestinale, ed avere l'estremità distale compresa fra l'estremo prossimale e l'intestino strangolato, in modo cioè che si possa formare un nodo semplice: il rigonfiamento dell'estremità libera del diverticolo, dovuta alla congestione venosa, impedisce che la costrizione si rallenti. Parise (1851) ha descritto due varietà di nodi diverticolari a secondo che l'ansa è singola o doppia (« ansa nodale ed ansa rotatoria »).

Il diverticolo di Meckel può essere erniato congenitamente, o può entrare a far parte di un'ernia acquisita (ernia di Littré).

Il diverticolo di Meckel può andare soggetto a flogosi, al pari del resto dell'ileo, cui è analogo: gli aspetti anatomici di queste diverticoliti sono molto analoghi a quelli dell'appendicite; anche lì si possono avere perforazioni con consecutiva peritonite, e le occlusioni dell'orificio di comunicazione con l'intestino, stabilendo una cavità chiusa, favoriscono, come per l'appendice cecale, l'insorgere dell'infezione; i parassiti intestinali e altri corpi estranei, potendo per l'ampiezza dell'ostio diverticolare penetrare facilmente nel diverticolo, hanno una parte notevole nello stabilirsi d una diverticolite. Clinicamente le diverticoliti non hanno criteri, che possano farle riconoscere. Altri processi patologici, che si riscontrano nell'ileo — come tifo, tubercolosi — possono estendersi al diverticolo di Meckel.

Howell termina ricordando le principali varietà di cisti di origine vitellina, le quali, topograficamente, possono essere classificate in: 1° intramesenteriche o retroperitoneali (originate dal dotto vitellino); 2° diverticolari: *a*) enterocisti di Gfeller, *b*) enterocisti di Roth, *c*) enterocisti di diverticoli liberi; 3° ombellicali: *a*) retro-parietali o proteritoneali, *b*) intraparietali o intramuscolari, *c*) proparietali o sottocutanee; 4° funicolari: del cordone ombellicale; 5° terminali.

CHIASSERINI.

## MEDICINA.

### Sulla terapia delle affezioni nervose di origine luetica.

(NONNE. *Münch. med. Wochenschrift*, 1915, nn. 8 e 9).

Prima della scoperta del salvarsan la terapia della sifilide era relativamente semplice venendo essa rappresentata quasi esclusivamente dall'uso del mercurio e dello iodio.

Tuttavia gli AA. non erano perfettamente d'accordo intorno alla capacità terapeutica di questi due medicamenti; sostenevano infatti alcuni che entrambe queste sostanze agiscono in tutti gli stadî della sifilide, quantunque il mercurio più energicamente sui sintomi dei primi stadî, lo iodio su quelli degli ultimi; altri consideravano attivo il mercurio solo nei primi e lo iodio solo negli ultimi stadî (lo iodio però sarebbe stato capace di esplicare benefica influenza anche su alcuni fenomeni precoci della sifilide, come ad es. la cefalea); altri infine ritenevano il mercurio capace di agire in tutti gli stadî della sifilide, lo iodio solo sui prodotti terziari. Tuttavia la massima parte degli AA. più moderni si accordava nel praticare in primo tempo la cura mercuriale; e nel trattare gli stadî tardivi della sifilide con una cura combinata di iodio e mercurio.

L'A. consiglia sempre una cura prolungata della sifilide; secondo Gowers la cura deve essere ripetuta per varie settimane due volte all'anno,

per otto anni consecutivi dopo l'infezione. Altri AA., come ad es. Neisser in Germania e Fournier in Francia, consigliano un trattamento intermittente della sifilide, e cioè: per due anni energiche cure mercuriali; nei due anni consecutivi nessuna cura; nel quinto anno un nuovo trattamento mercuriale, che deve venir ripetuto nel settimo e nell'ottavo. La cura intermittente si propone lo scopo di evitare la possibilità che il virus si adatti alle nuove condizioni create dalla terapia, e divenga sempre più resistente.

Tra i vari AA. alcuni preferiscono le frizioni di unguento grigio; altri la somministrazione del mercurio per via orale; molti, tra cui Neisser, Dreyfus, ecc., consigliano invece le iniezioni.

È noto da tempo che in alcuni casi le gomme si mostrano assolutamente refrattarie alla cura iodomercuriale. Horsley, generalizzando questa osservazione, è giunto a consigliare di trattare chirurgicamente tutte le gomme del cervello (trapanazione e irrigazioni locali con soluzione di sublimato). Naturalmente questa proposta non poteva venire accettata nei termini generali con cui l'aveva formulata l'Horsley; tuttavia è assodato che l'intervento operativo può dare risultati brillanti in qualche caso nel quale il trattamento specifico era rimasto senza effetto; il Nonne riferisce intorno a sei casi di questo genere, cinque dei quali guarirono completamente con il trattamento chirurgico.

La scoperta del salvarsan ha naturalmente modificato assai, in questi ultimi tempi, la cura della sifilide. La prima idea di Ehrlich, quella della *sterilisatio magna,* cioè della possibilità di troncare ad un tratto l'infezione luetica nell'organismo, si è dimostrata in pratica non raggiungibile. Con una cura sistematica di salvarsan l'infezione può invece venire completamente troncata, ciò che è provato dalle reinfezioni, dimostrazione evidente che la malattia era già guarita. Queste reinfezioni erano note anche prima della scoperta di Ehrlich, ma certamente esse sono diventate assai più frequenti dopo l'introduzione del salvarsan, combinato o no con il mercurio.

Ma di fronte ai vantaggi che il salvarsan può arrecare, sorge la importante questione dei pericoli cui esso può dar luogo. Noi sappiamo infatti che questo medicamento può determinare diminuzidne della pressione sanguigna fino a collassi mortali, alterazioni renali, disturbi di origine cerebrale, fenomeni della cosidetta reazione di Herxheimer (1) specialmente in corrispondenza del midollo allungato. Mentberger ha recentemente raccolto 274 casi di morte dovuti all'uso del salvarsan. Tuttavia il pericolo deve considerarsi oggi come assai diminuito, avendo l'esperienza dimostrato l'opportunità di alcune norme, che prima non venivano seguite. Così, ad es., si è riconosciuto pericoloso, nei casi di sifilide secondaria recente, l'uso di dosi elevate di salvarsan, sicchè si prescrive ora solo la somministrazione di piccole dosi; si è notato che i processi degenerativi avanzati del sistema nervoso, l'arteriosclerosi, le miocarditi, le lesioni renali, le gravi cachessie e la tubercolosi avanzate rappresentano una contro-indicazione alla cura di salvarsan; non si consigliano più le dosi iniziali di 50-60 cgr. riconosciute troppo elevate, ma solo quelle di 30-40 cgr.; non si adoperano più soluzioni acide, le quali possono compromettere l'esistenza del paziente, e si prepara la soluzione sterile di fresco per ciascuna iniezione; si evita di praticare le iniezioni ambulatoriamente, consigliando dopo la iniezione stessa un riposo a letto per 24 ore. Eliminate tutte queste cause di incovenienti, la somministrazione del salvarsan non offrirà d'ora innanzi pericoli maggiori di quelli che porta l'uso di un qualsiasi altro energico medicamento.

Un'altra questione è tuttavia da discutere, e cioè se il salvarsan agisca in maniera neurotropica, se cioè esso sia capace di danneggiare il sistema nervoso. Dopo la esperienza intorno alla influenza dannosa che un altro prodotto arsenicale, l'atoxil, esercita sui nervi ottici, era giustificata la preoccupazione nutrita in principio a questo riguardo nell'uso del salvarsan. Tuttavia, come è stato recentemente posto in luce da Igersheimer, è risultato che il salvarsan non danneggia il nervo ottico sano e non influenza sfavorevolmente il decorso di affezioni del nervo ottico di origine non luetica. Per quanto riguarda la atrofia tabica del nervo ottico, la maggior parte degli AA. ritiene che essa non venga migliorata, ma neanche peggiorata dalla cura con il salvarsan. Per contro sembra accertato che, da quando è in uso la terapia con il salvarsan, si osservino assai più frequentemente le affezioni dei nervi acustico, vestibolare, facciale e bulbomotori. Ciò sarebbe dovuto alla capacità che avrebbe il salvarsan di rendere mobili focolai di spirocheti i quali altrimenti sarebbero rimasti latenti. Secondo Ehrlich questi focolai latenti si troverebbero specialmente là dove la corrente sanguigna è resa difficile, sicchè il medicamento può giungervi solo in piccola quantità (come ad es. nei canali ossei). È verosimile, quantunque non possa an-

(1) Per schiarimenti intorno alla reazione di Herxheimer, cfr. il *Policlinico,* sez. pratica, 1914, p. 189.

cora sicuramente affermarsi, che casi di encefalite emorragica, mielite, nevrite multipla possano venir prodotti dal salvarsan.

Ma, secondo l'A., il pericolo maggiore del salvarsan è dato dalla possibilità della reazione di Herxheimer.

In tempi meno recenti si considerava praticamente come guarito il sifilitico che per molti anni non aveva più presentato fenomeni subbiettivi e obbiettivi riferibili alla lues. Oggi invece, per ammettere la guarigione, si richiede che la reazione di Wassermann risulti negativa. È naturale però che tale negatività abbia importanza solo quando essa venga constatata in ripetute prove praticate a distanza di mesi. Nonne, tenedo presente la possibilità di localizzazioni meningee della sifilide, afferma inoltre essere necessario, per potere assicurare che il paziente è realmente guarito, che il liquido cerebro-spinale mostri caratteri normali.

La terapia delle affezioni sifilitiche del sistema nervoso consiste nell'uso comibnato del salvarsan, del mercurio e dello iodio. Secondo Nonne, dato il pericolo della reazione di Herxheimer, si deve prima praticare la cura mercuriale; indi procedere a iniezioni di salvarsan, cominciando con dosi di 20-30 cgr., per salire, quando sia necessario, a 50-60 cgr., fino a raggiungere una quantità complessiva di 3 o al massimo di 4 gr.; la cura di salvarsan e quella di mercurio (eventualmente con aggiunta di preparati iodici) devono venire ripetute alternativamente.

Per quanto riguarda la cura della tabe, l'A. sintetizza così la sua esperienza in proposito. Ogni tabetico al quale, dal principio della tabe, non è stata praticata una cura specifica, deve venir sottoposto a una cura antisifilitica, alternativamente di mercurio e di salvarsan. Per la ripetizione della cura si tenga presente l'influenza che essa esplica sullo stato subiettivo e su singoli sintori (dolori, crisi, disturbi della vescica), e non si dia valore allo sparire delle reazioni caratteristiche nel sangue e nel liquido cerebro-spinale. Se, in un caso di tabe, si manifestano ad un tratto sintomi acuti, è indicata una cura antisifilitica. Se lo stato del paziente rimane invece per lungo tempo stazionario senza notevoli disturbi, è opportuno limitarsi alle cure che migliorano le condizioni generali. Nei casi avanzati di tabe non si ricorra alla cura specifica, ma solo al trattamento sintomatico e a quello ricostituente. Se un tabetico ha notevolmente migliorato in seguito ad una cura specifica, questa deve venir ripetuta sei mesi dopo, senza però che vengano impiegate dosi eccessive di salvarsan.

Direttive analoghe valgono per i casi di paralisi progressiva, tenendo presente però che in questa malattia il medico deve essere ancor più prudente, e quindi cominciare con dosi anche più basse di salvarsan. La cura però può venire prolungata per un tempo maggiore, talora anche superando la dose complessiva innanzi indicata.

Il metodo della iniezione intralombare di salvarsan fece nascere grandi speranze. Alcuni consigliano di sciogliere il medicamento in soluzione fisiologica, altri nel siero di sangue del malato, altri infine nel liquido cerebro-spinale del malato stesso. L'A. ha applicato questi varî metodi in numerosi casi, ma non ha ottenuto risultati diversi da quelli conseguiti con gli altri sistemi di cura. Nonne ritiene assolutamente errato il sistema di iniettare salvarsan sotto la dura cerebrale o addirittura nel cervello dei paralitici.

Per la cura della paralisi progressiva sono stati consigliati numerosi altri procedimenti. Donath propose le iniezioni di nucleinato di sodio. Wagner von Jauregg trattò i paralitici con iniezioni di tubercolina; e più tardi modificò il metodo praticando, alternativamente con la cura della tubercolina, quella iodo-mercuriale. Oltre al Wagner, anche Pilcz, Meyer, Friedländer, Kramer, ecc. affermano di aver avuto in tal modo risultati soddisfacenti. Dölken sempre partendo dal concetto della opportunità di provocare processi flogistici e suppurativi, ha proposto di trattare la tabe con piocianosi, vaccino piocianico, vaccino stafilococcico polivalente.

V. FORLÌ.

## OSSERVAZIONI CLINICHE.

### I noduli sottocutanei nel reumatismo articolare acuto

per il dott. ERCOLANI PIETRO.

Dopo la scarlattina non vi è forse nessuna malattia che presenti, come il reumatismo articolare acuto, tante varietà nella comparsa, nel decorso e nelle complicazioni. Tutti gli organi del corpo possono essere colpiti con una frequenza e intensità più o meno grande: e sono ormai studiate con esattezza e a tutti note le complicazioni costituite dalla flogosi delle membrane sierose, dell'endocardio e delle meningi cerebrali. Solo da non molto tempo si è invece rivolta una seria attenzione alle alterazioni della cute nel reumatismo articolare; e certe questioni, come quella del rapporto fra la porpora ed il reumatismo stesso aspettano ancora di es-

sere risolute. Anche il tessuto cellulare sottocutaneo presenta qualche volta delle alterazioni; in certi casi, specialmente nei bambini, si sviluppano, durante un reumatismo articolare, nodi sottocutanei del tutto caratteristici. Ne riporto due casi che serviranno da breve appendice alle osservazioni simili registrate nella letteratura.

I CASO. — F... P..., d'anni 28, era stato sempre sano e non aveva mai sofferto di reumatismo. Ammalò l'altr'anno sui primi di giugno con intensi dolori in tutti gli arti, inappetenza ed abbattimento generale; ciononostante attese ancora per qualche giorno al suo mestiere che lo espose a frequenti bagnature. Lo trovai a letto con leggiera febbre; la lingua era impatinata, il piede e l'articolazione del ginocchio sinistro assai dolenti alla pressione, non però tumefatti. Nella regione cardiaca nulla di anormale. Prescrissi preparati salicilici. Lo stato dell'infermo rimase per qualche tempo immutato; poca febbre, dolori articolari, inappetenza, leggiera cefalea. Nella seconda settimana l'infermo richiamò la mia attenzione sopra una quantità di nodi che si erano sviluppati durante la notte. Erano circa una dozzina, due sopra i malleoli esterni, parecchi al disopra della rotula, parecchi altri sul margine esterno del bicipite brachiale, distribuiti abbastanza simmetricamente sulle due parti.

I nodi erano sottocutanei e facilmente spostabili; la cute soprastante non mostrava arrossamento o tumefazione di sorta. La loro grossezza variava da quella di un pisello a quella d'una fava; alla pressione i piccoli tumori erano abbastanza dolenti. Mentre lo stato generale migliorava lentamente, i nodi rimasero stazionari per circa tre settimane per poi rapidamente scomparire senza lasciare traccia di sorta. Non si ebbe endocardite, nè alcun'altra eruzione, e il reumatismo articolare finora non ha recidivato.

II CASO. — O... F..., d'anni 10, da bambino ha sofferto molte angine ed accessi ripetuti di pseudo croup, e parecchi anni fa una periostite purulenta della branca discendente del pube. Quest'ultima malattia durò molti mesi prima di guarire e per molto tempo appresso, quantunque nella cicatrice e nelle parti vicine non si potesse vedere nulla d'anormale, rimasero purtuttavia dolori abbastanza violenti, periodici che s'irradiavano per tutta l'estremità. Egli ammalò nel settembre dell'anno scorso; racconta che negli ultimi giorni, dopo essersi molto riscaldato, è sceso a giuocare nella cantina coi suoi compagni. Fui chiamato il giorno dopo quando avvertiva cefalea, inappetenza; l'articolazione del ginocchio e del piede destro erano sensibili alla pressione e non tumefatte: i toni del cuore netti, la temperatura 38°.4, il polso 96. Prescrissi preparati salicilici. Dopo due giorni più o meno immutati per la sintomatologia, si sviluppò improvvisamente di notte il quadro di una peritiflite. Dopo un vomito ripetuto sorse un dolore violento nella regione cecale; il ventre era leggermente meteorico e sensibilissimo alla pressione: singhiozzo e vomito frequente, polso piccolo di 100 pulsazioni, temperatura 38°.3. Articolazioni del tutto indolenti, si applica una vescica di ghiaccio sull'addome.

Per mitigare la sete tormentosa si prescrivono pezzetti di ghiaccio. Sottrazione completa d'alimenti. Questo stato minaccioso durò tre giorni e scomparve quasi con la stessa rapidità con cui era sorto: l'addome divenne insensibile, cessò lo stimolo al vomito e l'infermo potè muoversi di nuovo. Con la scomparsa dei fenomeni addominali si ripresentarono le tumefazioni dolorose nelle articolazioni delle estremità inferiori, e con esse intensi dolori puntorî nella regione del cuore, accesso di grave dispnea, polso di 100, alquanto irregolare, temperatura 38°.5. Il primo tono sulla mitrale velato, il secondo sulla polmonare rinforzato. Si applica una vescica di ghiaccio sulla regione cardiaca. Lo stato dell'infermo rimase sensibilmente uguale per una diecina di giorni: le tumefazioni articolari diminuirono alquanto, tuttavia il piccolo paziente fu spesso tormentato di notte e di giorno da violenti dolori nella regione del cuore e da accessi di dispnea. L'area di ottusità del cuore era un poco aumentata a destra; il primo tono della mitrale era costituito da un soffio, il secondo tono sulla polmonare accentuato. Potè accertarsi transitoriamente un leggiero sfregamento pleurico e pericardico. Ai primi di ottobre l'infermo divenne apirettico, scomparve la malattia articolare delle estremità inferiori e invece si gonfiarono in ambedue le mani le articolazioni delle dita ed una mattina avvertì sull'occipite otto noduli sottocutanei, il più piccolo della grossezza d'un pisello, il più voluminoso grande come una mandorla. Erano spostabili sotto la pelle, duri al tatto ed abbastanza dolenti alla pressione. Si era inoltre sviluppato un nodulo della grossezza d'un pisello in corrispondenza dell'articolazione metacarpo-falangea di tutti e due i diti medî, questi nodi aderivano abbastanza tenacemente ai tendini dei flessori, e i due diti erano alquanto flessi.

Nei giorni seguenti i piccoli nodi rimasero immutati, solo uno dei più grossi, situato proprio nel mezzo dell'occipite, contrasse aderenze con il periostio del cranio e in questo punto si formò un deposito periosteo molto resistente. Lo stato generale era soddisfacente; la malattia articolare delle dita scomparve, cessarono i fatti subiettivi a carico del cuore, quantunque obbiettivamente vi si potessero ancora dimostrare le medesime alterazioni. Furono sospesi i preparati salicilici, però mantenuta l'applicazione del ghiaccio sulla regione cardiaca. La sera del 21 ottobre l'infermo provò un certo malessere con temperatura al 38°.2 e polso 85. La notte fu irrequieta e durante il giorno successivo si svilupparono di nuovo molti nodi sul dorso delle mani situati simmetricamente sull'articolazione metacarpo-falangea del 4° e del 5° dito. Questi nodi avevano la grossezza di un pisello. Inoltre se ne sviluppò uno più grosso sul processo mastoideo di sinistra e parecchi della grandezza di una testa di spillo sull'occipite. Quelli formatisi prima persistevano ancora; il nodo aderente al periostio aveva la durezza dell'osso e la forma di un vero osteofita. La febbre si mantenne per tutto il giorno: la mattina 38°, la sera 38°.5: nessuna nuova alterazione del cuore. Il mattino seguente l'infermo era apirettico e rimase tale sino la sera del 25 in cui la temperatura salì al 38°. La mattina del 26 si poterono osservare altri nodi, uno abbastanza grosso che faceva prominenza sull'epicondilo esterno dell'omero; due

sui malleoli esterni, ed uno di media grandezza in corrispondenza dell'angolo antero-superiore dell'osso parietale sinistro. L'apparenza dei nodi era sempre la stessa: mobili, sensibili alla pressione, ecc.: la cute che li ricopriva non era arrossata. Un altro nodo si sviluppò il 2 novembre sul malleolo esterno di sinistra senza che precedessero sintomi febbrili. Da questo momento i nodi cominciarono a scomparire rapidamente e dopo parecchi giorni era impossibile palpare nemmeno la protuberanza occipitale esterna. Il piccolo infermo frattanto s'era riavuto, l'appetito era buono, il sonno non interrotto; il suono sulla mitrale tornò netto, il tono sulla polmonare rimase un po' accentuato. A cominciare dal 6 novembre l'infermo abbandonò tutti i giorni il letto per qualche ora e diceva di sentirsi veramente bene.

La sera del giorno 12 si lamentò di un leggiero brivido senza che potesse accertarsi un aumento di temperatura, all'indomani l'articolazione del piede sinistro era tumida e dolente, inoltre si erano sviluppati altri nodi sottocutanei; parecchi, abbastanza grossi sul margine inferiore delle due rotule, due sui malleoli esterni e finalmente uno sul dorso della prima falange del mignolo destro. Nello stesso tempo sulla coscia destra comparve un eritema accompagnato da molto bruciore.

Il giorno 15 si osservò una nuova eruzione di nodi sottocutanei della grandezza più svariata; io ne contai 34 in tutti. Ambedue le rotule sul margine inferiore sono circondate da una specie di corona, che nella flessione del ginocchio diviene assai evidente. Anche le due articolazioni del gomito sono coperte di molti nodi. Sui tendini degli estensori delle dita se ne possono dimostrare parecchi in ambo i lati: un grosso nodo esiste pure sulle due articolazioni sterno-claveicolari, parecchi sull'occipite ed uno sul dorso del piede destro in corrispondenza del tendine del lungo flessore dell'alluce. L'infermo apirettico, si sente bene. Il suono sulla mitrale è sostituito da un soffio; l'eritema è scomparso. Il 18 novembre sono comparsi molti nuovi nodi, notevoli sopratutto sul lato sinistro della fronte: parecchi sull'articolazione della spalla destra, sull'angolo della mandibola d'ambo i lati, e infine molti sui tendini estensori delle dita. Ai primi di decembre benessere completo; i toni del cuore netti, le articolazioni libere: sotto la pelle si può sentire solo qualche nodo, specialmente sulla rotula e sull'olecrano. L'infermo rimane tutto il giorno fuori del letto.

In un bambino si sviluppa un reumatismo articolare a decorso subacuto, nel quale nei due primi giorni si può dimostrare una lesione cardiaca. Nella prima settimana si presenta una peritiflite, mentre scompare il reumatismo articolare: la peritiflite cessò con molta rapidità, ed allora si presenta una nuova tumefazione articolare, una nuova endocardite e pericardite abbastanza intense. Credo debba considerarsi la peritiflite in questo caso come una malattia reumatica del peritoneo della regione cecale. Certo non si è trattato di una perforazione: al contrario la rapida scomparsa di tutti i sintomi e il riapparire della malattia articolare dopo cessati i fatti peritonitici parla in favore dell'indole reumatica. Seguiamo in ciò le idee del Lebert, il quale nella sua clinica ha osservato la peritonite come complicazione del reumatismo articolare acuto, mentre il Senator nel manuale di Ziemmssen è proclive a ritenerla come una complicazione accidentale del processo morboso. Dopo che il reumatismo articolare ha persistito più settimane accompagnato da pericardite ed endocardite con leggiera partecipazione della pleura, parve che s'incominciasse verso una lenta convalescenza; l'infermo si ristabiliva in forze, quando all'improvviso, un mese dopo il principio della malattia, si presentano i nodi sottocutanei. Questi scompaiono in breve e poi ricompaiono in gran numero con leggieri fatti febbrili: contemporaneamente si presenta un'esacerbazione dell'endocardite. I nodi cominciano di nuovo a diminuire e di nuovo, con leggieri disturbi dello stato generale, si presenta un'ultima eruzione, accompagnata da lievi fatti articolari. Dopo una breve durata comincia il miglioramento definitivo di tutti i sintomi e l'infermo entra in convalescenza, dopochè la malattia aveva durato due mesi e mezzo.

La prima comunicazione sulla malattia in discorso appartiene al Meynet in Lione, il quale pubblicò il primo caso di questo genere nel *Lyon Médical* descrivendolo minutamente. Il dott. Kreiff della clinica di Kussman pubblicò nel 1886 un caso di miosite sclerosante primitiva che egli considera come un esempio dei tumori muscolari reumatici del Froriep; ed il dott. Twer nell'eseguire il massaggio dei muscoli dice avere osservato spesso ora cordoni, ora tumori più o meno grossi, i quali rassomigliano agli esperimenti del Froriep. Lo Jaccoud descrive il fatto nel suo Manuale di patologia interna con poche parole. Il Rehn nel suo lavoro sul reumatismo acuto ,pubblicato nel manuale di Gerhardt sulle malattie dei bambini ,riporta un'osservazione fatta sopra una bambina di 10 anni, colpita da una recidiva di reumatismo articolare. I tumoretti avevano sede in ambo i lati sulla guaina tendinea del quadricipite estensore ,sulla rotula e sul triplicite brachiale .

Un lavoro molto importante e ricco su questo argomento fu comunicato da Barlow e Warner nel Congresso internazionale di Londra del 1881 col titolo *On subcutaneous nodules connected with fibrous structured*. Questi due AA. hanno osservato 27 casi, tutti in individui giovani, il minore aveva quattro anni, il maggiore 18 e 10 maschi e 17 femmine. In un quadro schematico sono delineate le singole storie cliniche e sotto le rubriche: nome ed età, *formazione di nodi,*

comportamento della temperatura, cuore, corea e malattie articolari, sono descritti i sintomi principali. In due casi non vi era alcuna articolazione malata, in 11 infermi esisteva indubbiamente reumatismo articolare; in 8 era preceduto; in 6 vi era dolore nelle articolazioni senza tumefazione visibile. In 26 casi potè accertarsi l'esistenza di una malattia cardiaca (endocardite o pericardite), in un altro il primo tono sulla mitrale era semplicemente poco netto. In 10 casi fu osservata la corea, ed in un bambino l'aveva sofferta in un attacco precedente. Una complicazione abbastanza frequente erano le malattie della cute: sette volte fu osservato un eritema papuloso e marginato, una volta l'orticaria, un'altra volta la porpora.

I noduli comparivano di preferenza negli stati inoltrati del reumatismo articolare e si comportavano presso a poco nel modo già descritto. Spesso erano simmetrici: la sede prediletta erano le articolazioni, i tendini estensori, l'occipite e i processi spinosi delle vertebre. Sorgevano all'improvviso, in varia grossezza, spesso ne furono osservate parecchie eruzioni successive, qualche volta accompagnate da febbre, tuttavia quest'ultima, secondo il parere dell'A., poteva essere attribuita anche alla pleurite o pericardite. La durata più breve dei noduli fu di tre giorni, la più lunga di cinque mesi. Certi nodi si andarono successivamente ingrossando, però la maggior parte conservò il volume che avevano nel primo insorgere. La cute soprastante si spostava sempre con facilità; qualche volta vi era una leggiera dolorabilità alla pressione. In tre casi l'A. ebbe l'opportunità di seguire la sezione; gl'infermi erano morti di pericardite, endocardite valvolare e peritonite.

Un altro caso fu comunicato dal Mackenzie alla Società clinica di Londra nell'aprile del 1883. Il Troisier publicò, nell'*Union Médicale*, parecchi altri casi, parte suoi, parte comunicatigli da altri osservatori. Un caso, complicato con corea, è quello di Scheele; anche l'Honnorat e il Bertoye fecero osservazioni analoghe. Tenuto conto della grande frequenza con cui si presenta il reumatismo articolare acuto in tutti i luoghi e in tutte le età, è notevole quanto rara sia questa complicazione con nodi sottocutanei. Il numero più piccolo di osservazioni proviene dalla Germania, la massima parte è riferita dagli AA. inglesi, francesi e danesi. L'ulteriore osservazione farà vedere se non si tratta di un semplice caso.

La maggior parte dei casi si riferisce a bambini; il sesso femminile è molto più predisposto del maschile. Mentre tra gli adulti parecchi sono liberi da lesioni cardiache, quasi tutti i bambini presentano segni manifesti di endocardite e pericardite. È nota veramente la grande frequenza di tale complicazione, in genere nel reumatismo articolare, nondimeno la coincidenza quasi fatale della lesione del cuore con lo sviluppo dei nodi non è certamente un fatto accidentale. Nella discussione fatta a questo proposito nella Società clinica di Londra, il Barlow osservò che mancando l'alterazione del cuore, la comparsa di nodi deve risvegliare l'attenzione dei medici su quest'organo e farlo sorvegliare attentamente. Nel nostro secondo caso una nuova eruzione di nodi portò con sè, infatti, una recrudescenza della endocardite della mitrale. Non molto di rado fu osservata nei bambini contemporaneamente la corea od anche lesioni cutanee.

I nodi sottocutanei sorgono per lo più in un periodo avanzato del reumatismo articolare, quasi sempre a cominciare dalla terza settimana, molto spesso sono già passati parecchi accessi della malattia; essi si formano spesso di notte, all'improvviso, nel tessuto sottocutaneo, mentre la pelle soprastante rimane inalterata; sono di varia grandezza, e la loro sede di predilezione sono i gomiti e le ginocchia, i tendini estensori sul dorso della mano, i malleoli, i processi spinosi delle vertebre, l'occipite e la fronte; tuttavia nessuna parte del corpo ne va esente. La loro grandezza varia da quella d'una testa di spillo a quella d'una mandorla; si spostano sotto la pelle, ma qualche volta aderiscono al periostio e alle guaine tendinee; sono alquanto dolenti alla pressione, ma di rado dolgono spontaneamente. Il loro numero varia da uno fino a cinquanta. Molto spesso hanno luogo molte eruzioni successive, qualche volta accompagnate da un leggiero movimento febbrile; al tempo stesso può dimostrarsi una esacerbazione della malattia articolare o cardiaca. Ordinariamente i noduli sono disposti simmetricamente sulle due metà del corpo; spesso le articolazioni ne sono circondate come da una corona, sicchè divengono visibili specialmente nella flessione. La loro durata è molto variabile: alcuni persistono solo per qualche giorno, la maggior parte dura tre settimane, alcuni fino a cinque mesi. Le osservazioni del Mackenzie e del Duckworth riferiscono dei nodi che duravano per anni. Per lo più si osserva che i noduli mantengono la medesima grandezza che avevano al primo apparire. Il Prior peraltro ha potuto chiaramente accertare un ingrossamento dei noduli dopo il loro sviluppo. Bang in Copenaghen ha cominciato a farne l'esame microscopico. Egli potè accertarsi che erano formati da tessuto connettivo in varie modificazioni, cioè filamenti grossolani con cellule fusiformi ed appiattite disposte in serie,

oppure grosse cellule fusiformi separate da filamenti sottili.

Qua e là vasi molto abbondanti, alcuni dei quali dilatati; negli spazi intermedi vi erano tratti indubbiamente necrobiotici. Il Bang spiega perciò i noduli come neoformazioni connettivali, probabilmente di natura flogistica cronica e con tendenza alla necrobiosi: la loro genesi è probabilmente il tessuto tendineo a cui si avvicinano molto per la struttura. Un reperto simile fu accertato anche da Parker il quale in uno dei casi di Barlow escise un nodulo da un processo spinoso e l'esaminò al microscopio: anch'egli vide una proliferazione connettivale con cellule caudate, fusiformi e vasi abbondanti. Il Grawitz il quale studiò uno dei casi accolti nella clinica di Henoch dichiara che i noduli sono tumori fibrosi misti a cartilagini. La loro struttura non era uniforme, ora a preferenza fibrosa, ora cartilaginea: in un caso si poterono dimostrare depositi calcarei. Il Barlow stesso dichiara nella sua quinta tesi, che il tessuto di siffatti noduli è identico alle vegetazioni che si osservano sopra le valvole del cuore. Di ciò sarebbe bene poter fornire una rigorosa dimostrazione anatomica: bisognerebbe accertare che gli stessi microbi si trovano nell'una e nell'altra delle due neoformazioni. Con questa dimostrazione sarebbe anche chiarita la natura dei noduli, e non si può respingere a priori la possibilità di una origine embolica, tenuto conto della loro produzione subitanea, e della coincidenza quasi costante con le lesioni cardiache.

L'ipotesi di Chuffart che siffatti noduli sottocutanei derivino in parte da alterazioni cutanee edematose effimere non è appoggiata da alcuna osservazione.

La diagnosi dei noduli reumatici, secondo quanto è stato detto, non potrebbe incontrare alcuna difficoltà. Nel reumatismo articolare le lesioni cutanee non sono rare e si osservano spesso l'orticaria e gli edemi circoscritti della pelle. Appunto a questi ultimi appartengono le nodosità cutanee transitorie descritte dal Féreol negli artritici: sono tumefazioni della cute che si presentano all'improvviso in individui che soffrono di reumatismo cronico, e scompaiono dopo la durata di un giorno. Tutte queste alterazioni hanno sede nella cute, formano tumefazioni nel tessuto di questa e quindi si distinguono facilmente dai noduli reumatici *sottocutanei*.

Lo stesso vale per gli pseudolipomi osservati da Verneuil nella fossa sopraclavicolare, sulla cui natura egli non fu d'accordo con Potain: mentre quest'ultimo li riteneva per un edema del tessuto adiposo, che del resto fu osservato anche nel reumatismo, il Verneuil vuole averne accertata la natura lipomatosa mediante l'escisione. La confusione potrebbe solo farsi con le gomme sifilitiche, come lo dimostrano alcuni casi di Fournier .Tuttavia un'osservazione esatta dovrebbe facilmente permettere di evitare l'errore; le gomme sottocutanee diventano presto aderenti alla cute, s'ingrandiscono, si rammolliscono e spesso dànno luogo a necrosi ed infiammazioni; le gomme periostee presentano poi molto presto il loro aspetto tipico.

Infine la comparsa di siffatti tumori in un sifilitico che abbia sofferto di reumatismo articolare deve sempre risvegliare i sospetti del medico. I medesimi noduli potrebbero poi avere un valore diagnostico solo inquantochè la loro presenza, quando le lesioni articolari sono leggiere o sono state dimenticate dall'infermo, rendono certa la natura reumatica di una corea o di una lesione cardiaca concomitante. L'intervento terapeutico è indicato solo in casi rarissimi, quando i tumoretti persistono per un tempo straordinariamente lungo: allora sarebbero opportuni i fanghi caldi e internamente i preparati di iodio.

Noi quindi possiamo riassumere quello che si è detto fin qui nelle proposizioni seguenti:

1° Nel reumatismo articolare, specialmente nei bambini, si presentano talvolta, come sintomi della malattia, i noduli sottocutanei.

2° Sono molto frequenti le lesioni cardiache simultanee e qualche volta la corea.

3° Qualche volta questi noduli sono il solo sintoma ancora esistente di una malattia reumatica: la loro apparizione è talora accompagnata da una esacerbazione dell'endocardite.

4° Non richiedono quasi mai intervento terapeutico.

Belvedere Ostrense, giugno 1915.

Premio semigratuito per gli associati al *Policlinico:*

PROF. G. RAIMOLDI

**I metodi per lo studio delle funzioni renali.**

Questa interessante pubblicazione riassume brevemente la tecnica di tutti i metodi di esplorazione funzionale, che sono stati man mano proposti ed applicati da numerosi sperimentatori e illustra in modo particolare i metodi più recenti quali la *costante di Ambard*, i *coefficienti di Martinet* e il metodo della *eliminazione provocata per mezzo della ftaleina.*

L'opera è altresì corredata dalle conclusioni tratte da un numero notevole di esperimenti eseguiti su individui normali e su malati.

Un volume in 8° di pag. VII-269, in commercio **L. 7,50**; per i nostri associati sole **L. 5,** franco di porto e raccomandato.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## UROLOGIA.

### Sulla patogenesi delle nefriti nelle malattie infettive.

Le forme infettive, capaci di dare più frequentemente la nefrite, sono in particolare modo determinate da germi, che danno luogo ad abbondante produzione di sostanze tossiche (eso- ed endo-tossine); invece le infezioni setticemiche per eccellenza, quali il carbonchio, in cui non si è potuto dimostrare l'esistenza di dette sostanze, possono dare lesioni renali, ma l'importanza di queste è affatto secondaria nella estrinsecazione dei fenomeni clinici e nella genesi dell'esito mortale.

La maggior parte degli autori ritiene che anche le nefriti infettive siano di origine tossica; si impone però il quesito di ricercare se anche i batterî possano di per sè stessi partecipare alla produzione delle lesioni renali.

Per ciò il dottor P. Montuschi (*Riforma medica,* 1915, n. 36) ha fatto una serie di esperienze, iniettando in cavie le eso- ed endotossine da sole, i batterî a endotossina viventi, uccisi o privati dell'endotossina, i germi senza tossine dimostrabile (carbonchio), viventi o uccisi. Inoltre ha iniettato delle sostanze inerti allo stato di polverizzazione finissima (nerofumo, inchiostro di China) o imponderabile (carbone colloïdale).

Con lo studio istologico delle lesioni renali sopravvenute, ha veduto che si ottengono: *a*) nefriti gravissime con esotossine, germi ad endotossina viventi od uccisi; *b*) nefriti gravi con sole endotossine; *c*) nefriti di modica gravità con bacilli vivi poveri di tossine (carbonchio); *b*) nefriti lievi con gli stessi bacilli uccisi; *e*) alterazioni renali non dubbie ed estese con le sostanze inerti in polvere finissima; *f*) nessuna alterazione con il carbone colloidale.

Viene così dimostrata la possibilità di provocare sperimentalmente una nefrite puramente endotossica, e messo in luce il concorso non trascurabile dei corpi batterici. Sebbene il fattore tossico sia sempre il principale, deve tenersi il debito conto di quello meccanico, specialmente per i germi (carbonchio) che non producono tossine. Le nefriti da agenti d'infezione possono quindi raggruparsi sotto la determinazione di nefriti tossino-batteriche. FIL.

### L'azione della digitale sui reni.

Contrariamente alla comune opinione pare che la digitale non eserciti la sua influenza direttamente sul cuore, ma che la sua azione principale si svolga sui reni. Come per la teobromina, la digitale agisce sui reni producendo dapprima una breve vaso-costrizione che innalza la tensione arteriosa; a questa azione ne segue un'altro vasodilatatrice che favorisce il processo della diuresi. Consecutiva all'azione vasodilatatrice secondaria o, come sostengono alcuni, all'azione epiteliale diretta della digitale si hanno le crisi digitaliche che somigliano a quel che avviene ad un corso d'acqua che trattenuto da un turacciolo di *caoutcchou,* non appena questo viene rimosso si vuota tanto più rapidamente e violentemente per quanto più forte è stata la compressione. Il cuore liberato dagli ostacoli periferici dilata più ampiamente i suoi ventricoli ed il prolungamento della diastole corrisponde una diminuzione del sopracarico venoso per modo che è possibile una sistole più valida ed efficace.

L'azione quindi della digitale sulle condizioni del cuore sarebbe indiretta. E l'azione diuretica del farmaco più che secondaria sarebbe la principale. La digitale sarebbe un medicamento che drena il rene nello stesso modo che la teobromica per il sale, la scilla per l'azoto del sangue, il colchico per l'acido urico, e forse anche la florizina per lo zucchero. Essa è il diuretico specifico delle grandi ritenzioni dell'organismo che elimina con l'acqua le sostanze che in esse sono trattenute con gran danno dell'organismo. Poichè essa ha, per la sua proprietà di provocare dapprima una vaso-costrizione e poi una vaso-dilatazione renale, la capacità di innalzare la tensione massima e di diminuire quella minima spiega perchè in condizioni circolatorie normali essa riesca nociva. Più che un tonico esso riesce un veleno del cuore quando questo sia normale ed all'infuori dei periodi di scompenso che sopravvengono nella statica circolatoria (*La Clinique,* 1914). DR.

### La ritenzione di urina provocata dalla morfina.

Czapek e G. Wassermann (*Deutsche Med. Wochen.,* luglio 1914) notano che spesso in seguito alla somministrazione di morfina si osserva una ritenzione di urina. Questo effetto del medicamento non è noto ai più e perciò gli AA. ritengono opportuno richiamarvi l'attenzione. Essi riportano parecchi casi illustrativi, nei quali a vero dire c'era sempre una predisposizione alla ritenzione sia per l'età, sia per malattia locale. I pazienti erano tutti uomini e probabilmente ciò si deve al fatto che lo sfintere della vescica delle donne è troppo debole per poter

dare la ritenzione. Questa si verificava poco dopo la somministrazione di 1-2 cgr. di morfina, e si ripeteva ogni qual volta si ridava il medicamento. Di regola la ritenzione scompare spontaneamente dopo poche ore dall'ultima somministrazione di morfina, ma talora è necessario adoperare il catetere, operazione che in tali casi riesce dolorosa e difficile.

Gli autori attribuiscono la ritenzione ad uno spasmo dello sfintere della vescica. Magnus ha dimostrato che la morfina può provocare spasmo del piloro, e Hauc che la iniezione di morfina nei cani abolisce il riflesso normale per il quale la vescica piena si vuota mediante il rilasciamento dello sfintere della vescica. Henscheberg ha dimostrato che dopo l'avvelenamento morfinico si ha una tendenza alla ritenzione di urina, che può persistere a lungo.

Il trattamento consiste, oltre che nella sospensione della somministrazione della morfina, nell'applicazione di compresse calde e di prolungati semicupi caldi. DR.

**Alcaptonuria.**

Söderbergh (rif. in *Journ. of. the Am. Med. Assoc.*, 1915, n. 6) discute i reperti clinici con alcaptonuria, specialmente in connessione con la reazione di Wassermann e l'osteite deformante alcaptonurica, studiando il comportarsi della Wassermann e la questione se i fenomeni osservati nelle ossa rappresentino una nuova e speciale malattia. La Wassermann era positiva nel suo caso, ma divenne negativa, dopo un mese di frizioni mercuriali; in 3 casi in cui la sifilide era estremamente improbabile la reazione divenne positiva, dopo l'ingestione di tre dosi da 5 gm. di tirorina.

I cambiamenti osservati nelle ossa sono affatto simili a quelli del morbo di Paget; è da notarsi che anche in questo si nota spesso la Wassermann positiva, mentre null'altro comprova l'esistenza di sifilide.

FIL.

**Creatinuria.**

Non sempre la creatinuria è dovuta alla deficienza di carboidrati nella dieta, nè può essere attribuita ad errore di metodo nella ricerca (interferenza nella reazione colorata, che si ottiene col metodo di Folin).

Taylor (rif. in *Journal of the Am. Med. Assoc.*, 1915, n. 6) ha avuto occasione di osservare creatinuria in due bambine di 10 e 4 anni, di cui l'una era affetta da ipopituitarismo, l'altra da vomiti ricorrenti; la creatina era più abbondante in questa. In ambedue l'assunzione di idrati di carbonio era abbondante relativamente all'assunzione totale di calorie. I chetoni (di cui la metà si trovava come acido betaossibutirico) erano affatto normali nel primo caso, presenti solo allo stato di tracce nel secondo. FIL.

## OFTALMOLOGIA.

**Le ferite degli occhi in guerra.**

Le lesioni dell'orbita e del suo contenuto per penetrazione di proiettili sono piuttosto rare. Il più delle volte la lesione oculare è secondaria, ed è dovuta o allo scuotimento prodotto dalla violenta penetrazione del proiettile nelle parti vicine o alla penetrazione nell'orbita di frammenti di osso divelti dal colpo. In questi casi spesso il globo oculare non viene leso e tutto il danno si può limitare ad un arrossamento più o meno accentuato della mucosa congiuntivale. Talora la violenza dell'urto prodotto dal proiettile può produrre anche una contusione del globo oculare con modificazioni varie delle sue parti: emorragie nel vitreo e nella retina attorno alla papilla, alle quali residuano intorbidamento dei mezzi trasparenti e macule retiniche che alterano più o meno gravemente la funzione visiva.

Bernheimer (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1914) osservò un caso nel quale benchè il globo oculare non fosse colpito direttamente si erano verificate delle emorragie endoculari con distacco della retina ed intorbidamento dei mezzi trasparenti. D'altra parte il proiettile nel suo passaggio aveva dovuto produrre lacerazione del retto interno perchè la motilità in questo senso era diminuita. In un altro caso una pallottola di shrapnell aveva sfiorato il lato esterno ed inferiore dell'orbita producendo una notevole perdita di sostanza con asportazione di parte dell'osso zigomatico ed emorragia congiuntivale con forte gonfiore delle palpebre, lacerazione dei margini pupillari ed emorragia nel vitreo. Residuarono come lesioni permanenti una iridoplegia e un distacco retinico in basso. In un altro caso si ebbe frattura ed asportazione della parte esterna dell'orbita: il bulbo non era leso, ma molto arrossato e sanguinolento: anche qui si ebbe iridoplegia, lacerazione del margine pupillare, emorragia nel vitreo e distacco retinico.

L'A. osservò inoltre altri due casi nei quali i bulbi oculari erano feriti direttamente dai proiettili: si rese necessaria l'enucleazione.

Ad ogni modo la osservazione fatta sui campi di battaglia ha messo in evidenza il fatto che le ferite degli occhi sono molto meno frequenti di quelle degli altri organi, e meno sarebbero

ancora se non si usassero, come si usano nell'attuale guerra, bombe a mano e granate a liquidi infiammabili.

Alle ferite prodotte dai proiettili bisogna ora aggiungere le lesioni congiuntivali prodotte dai gas asfissianti e dai cosidetti gas lagrimogeni.

DR.

**Sul trattamento della congiuntivite catarrale.**

Prélat raccomanda l'uso del seguente « collirio giallo » :

| | | |
|---|---|---|
| Cloruro d'ammonio . . . . . . | cgr. | 7 |
| Solfato di zinco . . . . . . | » | 15 |
| Canfora . . . . . . } ana | » | 1 |
| Zafferano . . . . . . } | | |
| Acqua distillata e ribollita . | gr. | 15 |

Qualche volta questo rimedio determina una reazione un po' troppo viva e dolorosa; basta allora ridurre le quantità di cloruro d'ammonio e solfato di zinco.

(*Bulletin Général de Thérapeutique;* rif. in *Medical Record,* 14 agosto 1915).

# POSTA DEGLI ABBONATI.

(578) *Cura dell'alito cattivo.* — Le sarò molto grata se nella « Posta degli abbonati », vorrà indicarmi le cause e la cura più efficace contro l'alito cattivo. Dott. N., abbonata 5415.

Le cause dell'alito fetido sono svariatissime. Anzitutto, come ragione etiogenetica più frequente, dobbiamo pensare alle condizioni della *dentatura*: la decomposizione di sostanze alimentari residuate e putrefatte fra i denti, ricoperti di un ricco induito con rigogliosa flora boccale, anche se non vi è carie di 3° o di 4° grado, induce cattivo odore nell' alito. Nei bambini non è raro avere questo disturbo per carie dei molari inferiori.

Le *stomatiti,* sia nelle forme idiopatiche e tossiche (da medicamenti: stomatite mercuriale ad esempio), sia in quelle eritematosa, ulcerosa, aftosa, cremosa, sono pure da ricordarsi, come in generale tutte le lesioni specifiche croniche della bocca e della faringe.

Le *malattie di gola* (tonsilliti, ascessi faringei, ecc.), che impediscono la normale funzionalità della cavità orale, una buona deglutizione, che obbligano il paziente a tenere la bocca aperta, quindi al prosciugamento della mucosa, alterano l'aria espirata.

Altre volte l'origine dell'alito corrotto è nel naso o nel rino-faringe: così, come esempio classico, ricordo l'*ozena* o *rinite atrofica fetida,* che si rivela spesso, anche ai profani, con il fetore caratteristico e repellente di pesce fradicio. Anche tutti coloro che respirano male col naso, per un certo grado di stenosi nasale da ipertrofia dei turbinati, deviazione del setto, ecc., hanno un alito peculiare, che si rivela subito alla persona abituata agli esami rinologici; nel maggior numero dei casi l'alito di questi pazienti ha odore di « cuoio bruciato ». Infine tutti gli individui che soffrono di ipertrofia dell'anello linfatico di Waldeyer, gli *adenoidei* specialmente, hanno un odore particolare e in genere spiacevole del loro alito. A ciò debbono contribuire vari fattori; come il raccogliersi dei detriti alimentari nelle cripte tonsillari, facili accensioni flogistiche, ecc.

Le *malattie della laringe* dànno pure un contingente cospicuo al disturbo in parola (condropericondriti, cancro laringeo, ecc.). Lo stesso si dica di molte *malattie del polmone* (bronchite fetida, gangrena e ascesso polmonare, bronchiectasie).

Una grande parte dei pazienti afflitti da questo incomodo sono malati nel sistema digerente; specie nell'*esofago* (cancro, diverticoli) o nello *stomaco.* Moltissimi dispeptici, gran numero di gastropatici, il cui stomaco si vuota male e lentamente, in cui v'è meteorismo gastrico, in cui si sviluppano flatulenze e rigurgiti in cui si stabilisce uno stato saburrale della lingua, l'aria espirata è nauseante.

Dobbiamo infine ricordare un'altra causa di alterazione dell'alito e cioè l'*assorbimento di sostanze aromatiche*: tabacco, liquori, acquavite, cipolla, aglio, ecc. Vi sono in proposito classiche ricerche farmacologiche; e la pratica dimostra che esistono differenze individuali per una più facile eliminazione delle sostanze stesse dall'albero respiratorio. Alcuni non possono ingerire una data sostanza, perchè pochi istanti dopo ne emettono il sentore con il fiato.

Quanto alla cura non si possono dare consigli che dopo un accurato esame obiettivo e funzionale, che valga a stabilire l'origine più probabile del disturbo. Invero non sempre è agevole giungere a ciò.

Ad ogni modo, come indicazione generale, evitare le cause enumerate più sopra o allontanarle, anche chirurgicamente (raschiamento delle vegetazioni adenoidi, otturamento dentario, ecc.) o con le cure adeguate (curare la rinite ozenatosa o la ipertrofica, ecc.). Toletta accurata della bocca. *gb.*

(579) *Malaria e peritonite tubercolare.* — Si compiacerà indicarmi di quale mezzo la clinica dispone, senza ricorrere all'analisi del sangue, per rivelare la coesistenza o meno di una febbre malarica in un'inferma affetta da peritonite tubercolare a forma ascitica con febbre in-

termittente quotidiana, dolore all'ipocondrio sinistro e modica splenomegalia. Inoltre sarà gentile farmi sapere se le iniezioni iodo iodurate possono farsi contemporaneamente alle pennellazioni di iotione sull'addome e in che dose progressiva praticarle, e se è il caso di sospenderle, qualora la febbre non accenni a ribassare.

Mi sorprende che qualche clinico consiglia nei casi di peritonite tubercolare fin da principio l'iodo in dose di centigr. 5 per arrivare a centigr. 10-15 ogni volta.

Non so poi se le iniezioni praticate negli strati profondi del pannicolo adiposo addominale, come consiglia il Durante, riescano più efficaci di quelle fatte nei glutei.

Abbonato 2008.

Un mezzo per svelare la coesistenza della malaria sarebbe quello terapeutico: accertare se ed in quanto la febbre è influenzata da iniezioni di chinino. È sempre però un criterio malsicuro. Non c'è che l'esame del sangue che possa in un caso come quello esposto dare dei risultati quasi certi.

Le iniezioni iodo-iodurate alla Durante possono praticarsi contemporaneamente alle pennellazioni di iotione. Le iniezioni stesse nella peritonite tubercolare riescono più efficaci quando siano praticate sull'addome, e se ne può progressivamente largheggiare nelle dosi a meno che non compaiano fenomeni di iodismo.

DR.

(580) Prego darmi dettagliati e precisi ragguagli (eventualmente colla indicazione delle memorie originali) sulle prove di Nonne-Appelt, di Pandy, di Zaloziecki. E poichè tutte queste prove si riferiscono al liquido cefalo-rachidico, potrebbero indicarmi se esista e nel caso quale è un'opera recente e completa che tratti del liquido cefalo-rachidico, dal punto di vista in ispecie delle ricerche di laboratorio?

Abbonato n. 727.

Nonne ed Appelt descrissero il loro metodo sul dosaggio dell'albumina nel liquido cefalo-rachidiano in un articolo pubblicato nell'« Archiv für Psichiatrie », volume XLIII, fasc. II.

Il metodo di Pandy è descritto nell'articolo pubblicato sul « Neurologisches Centralblatt », 1910, n. 17.

Crediamo che il metodo di Zaloziecki debba essere descritto nel « Monatschrift für Psichiatrie », 1909, fascicolo suppletivo.

Per il resto una buona descrizione dei metodi di esame clinico del liquido cefalo-rachidiano si trova nel « Trattato di semeiotica » di Krause (edit. Dott. F. Vallardi) e nel « Trattato delle malattie del midollo spinale » di Dejerine e Thomas (edit. Unione Tipografico-Editrice Torinese).

DR.

(581) Dott. A. M., Milano. Sulla diagnosi rapida di morte apparente e reale ci siamo occupati nell'annata 1914, pag. 1575.

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. RAFFAELE INTRITO, tenente colonnello medico nella R. Marina. *Il segreto per dimagrire, cause e cura razionale dell'obesità.* Presso l'autore, via Amedeo, 5, Taranto. Un volume di pag. 110; lire 2.

La storia della medicina ci dice che Erodico, uno dei maestri di Ippocrate, va ritenuto come fondatore della ginnastica medica, la quale comprendeva anche la dietetica; ci dice pure che Erodico era insegnante di un ginnasio e, preso da cronico malore, guarì sè stesso ed altri con opportuni esercizi e regole dietetiche. Non ci dice la storia se la cronica malattia di quell'antico maestro della medicina fosse una delle tante forme dell'uricemia, ma è possibile e probabile.

La storia del resto si ripete, onde vediamo oggidì lentamente e faticosamente riformarsi una dottrina dietetica, mentre questa risorsa terapeutica era stata per molti decenni trascurata e piena zeppa di errori, ridotta a poche, monche, arbitrarie e contradditorie prescrizioni, quando pure qualcuno ne parlava ex-cattedra.

La storia anche si ripete, perchè, in generale, in questi ultimi tempi, furono dei medici, malati come Erodico di cronici malori e specialmente uricemici, i quali hanno ripreso questo studio sopra di sè stessi. Tale pure è il caso dell'autore di questo libro; egli ha studiato specialmente sè stesso ed ha cominciato ad esperimentare su di sè, per curarsi e guarirsi di una obesità e di una gotta che resistevano alle cure apprese sui libri e venute d'oltre Alpe. Quando ebbe fatta sufficiente esperienza su di sè e sui suoi infermi, ha redatto il suo libro e ne è venuta fuori un'opera originale, italianamente pensata e scritta, che si allontana dalla solita servile imitazione e ruminazione di roba estera.

L'A. non parla nemmeno delle diete di Banting, di Ebstein, di Hirschfeld, di Oertel, di Schweninger, di Schleider, di Salisbury, di Hoffmann, di Labbé, ecc.: diete brutali o unilaterali, di cui non ultimo difetto è quello di essere in gran parte basate sul consumo di cibi e derrate che entrano poco o punto nella cucina e nelle abitudini italiane. L'A. ne fa soltanto una critica collettiva e sommaria, dopo avere data una chiara esposizione delle cause

dell'obesità, non esclusa l'influenza che su di essa possono avere le ghiandole endocrine.

In quanto al suo sistema di cura, esso è basato su una riduzione alimentare proporzionata al peso reale e teorico del soggetto, in modo da causare un *deficit* non esagerato nel bilancio organico, senza imporre agli ammalati privazioni eccessive e senza contrariare per quanto è possibile i loro gusti e le loro abitudini. Si devono diminuire alquanto gli alimenti più ricchi di calorie, sostituendoli con altri di minore potere nutritivo, ma son permesse razionali dosi di maccheroni, di riso, di minestrone e di dolci; in fondo non c'è da far troppe esclusioni e tutto sta nel non introdurre che un certo numero di calorie.

La cura è lenta e l'obeso si deve armare solo di pazienza e di bilancia per pesare sè stesso ogni 10 giorni (segnando il peso su di una tavola ponderale che serve come termometro della cura indicandone via via i risultati) e calcolare la dose di tutti i generi che devono comporre i pasti. Lo schema da seguire è riassunto in 10 tabelle alimentari, in cui è data la composizione dei tre pasti quotidiani per 10 giorni; una simile alimentazione è abbastanza variata e ben condita, in modo che l'infermo può scegliere a seconda dei proprii gusti. Sullo stesso tipo si possono costruire altre tabelle aumentando la varietà dei cibi. Comprendono in media gr. 73 di albumine, 64 di grassi, 353 di carboidrati, 5.80 di alcool e son capaci di sviluppare 2400 calorie utilizzabili, quante basterebbero a mantenere in equilibrio di nutrizione una persona di 80 chilogrammi; chi pesa di più e non ecceda tal numero di calorie è necessariamente costretto a consumare giornalmente un po' del proprio grasso.

Il libro è arricchito di una tavola ponderale per obesi e di numerose tabelle, in cui sono indicati i principii nutritivi calcolati per 100 gr. di sostanza commestibile delle più svariate derrate alimentari.

In base ad esse sarà facile ad ogni medico ed anche ad ogni persona intelligente di costruire con semplici calcoli aritmetrici nuove tabelle alimentari per i singoli individui, variando a piacimento la composizione dei pasti, secondo le più diverse cucine, senza oltrepassare i limiti di cui l'A. dà ampia contezza per i casi diversi che possono presentarsi.

Il libro è infatti scritto in forma semplice e piana, accessibile alle persone di comune coltura, avendo l'A. confinato entro note a piè di pagina qualche suo accenno alle questioni puramente scientifiche più difficili o non ancora pienamente chiarite.

SPECTATOR.

# VARIA.

**La psicologia dei soldati feriti in guerra.** — L'abbondante letteratura sulla psicologia dei traumatizzati in conseguenza dei grandi disastri collettivi si arricchisce ora di nuovi contributi, cui danno largo campo di osservazione i feriti in guerra. Il prof. Ferrari, direttore del manicomio di Imola, ha avuto occasione d'intrattenersi lungamente con soldati feriti nelle battaglie dell'Isonzo ed ha potuto fare interessanti osservazioni che ha esposte nella *Rivista di psicologia.*

I nostri soldati, egli osserva, sono i più modesti ed umili che si possa immaginare: tornano dalla guerra con una semplicità, che fa pensare che la guerra sia loro una cosa abituale, quasi la loro professione. I feriti sentono un bisogno di giustificarsi perchè hanno abbandonato il fronte, perchè hanno cessato di combattere. Sembra quasi che sentano la necessità di scusarsi di essere soltanto feriti o di essere tornati prima di avere assolto il loro compito.

Nessuna ostentazione di eroismi, nessuna spavalderia, nessuna manifestazione che riveli da parte loro il desiderio di essere ammirati o compatiti. Delle giornate passate nelle trincee, degli atti compiuti non parlano se non ne sono richiesti e spesso dopo insistenze. Questo riservo evidentemente si deve ad una originaria tidimità del popolo per cui rifugge dal parlare di sè, specie se si vede, o sente, o suppone ammirato, e ad un senso delicatissimo di onestà per cui il ferito in battaglia si sente meno meritevole di ammirazione e di elogi di colui che gli è morto al fianco; per cui compiacersi dell'accoglienza fattagli, almeno nei primi tempi, sembra loro di cattivo gusto, come se defraudassero i morti, che hanno data tutta la loro vita, e non un po' di sangue e delle sofferenze soltanto.

D'altra parte essi sono poco inclini a parlare anche perchè ritornati dal frastuono delle battaglie si vanno a poco a poco adattando all'ambiente di pace e di tranquillità. È in questo periodo che si rivelano al ferito alcuni sentimenti di cui egli non aveva mai per lo innanzi sospettata la esistenza. Tra questi è prevalente il sentimento di *fraternità* nel senso più assoluto e più saldo fra i compagni di reggimento, di trincea e più specialmente di un dato ordine di trincea, sentimento che assicura la cooperazione di tutti gli elementi delle singole unità. D'altra parte essi scorgono nella loro vita affettiva una lacuna completamente anestesica: finchè sono stati al fuoco non si pensava più a nulla, nè a sè, nè alla famiglia, nè ai compagni. Di questi si ricordano dopo, nei treni, all'ospedale, ma al fuoco nessuno ci ha pensato.

Per quel che riguarda il genere delle ferite i soldati hanno delle curiose preferenze: l'ideale per tutti è la ferita da pallottola di fucile, segue quella da granata, poi quella da shrapnel ed infine quella da bomba di areoplano. Questa ultima ferita è disprezzata perchè chiunque può esserne ferito anche nelle retrovie, nè c'è bisogno di essere soldati per esserne colpiti. Lo shrapnel e la granata pure arrivano da lontano, ma almeno toccano solo per eccezione ai « borghesi », e vengono direttamente « dalla parte dei tedeschi ». La ferita invece di cui il soldato si affretta a denunciare l'origine è quella da palla di fucile, perchè è personale, è stata diretta proprio a lui da persona, che lui stesso avrebbe potuto ferire: è l'esito, pel momento, sfortunato di un duello ad armi, se non a condizioni, uguali.

E' sopra tutto dell'enorme disuguaglianza di condizioni, in cui si svolge la lotta, che si lamentano i soldati. Essi sul Carso devono combattere quasi allo scoperto o in trincee improvvisate contro nemici agguerriti da nove mesi e fortificati da anni entro trincee perfezionatissime in cemento armato, con reticolati, mine, fosse di lupo, ecc. Fra le diverse centinaia di feriti che il prof. Ferrari ha esaminati nessuno ha mai parlato personalmente di sè, nessuno ha vantato le proprie gesta, tutti hanno fatto quello che hanno potuto, quello che loro è stato comandato e null'altro. I malati invece per reagire a quel disinteresse che in genere, e certo ingiustamente, si dimostra per loro tentano un po' ad esagerare le proprie condizioni.

Per quel che riguarda lo stato d'animo del soldato durante le varie fasi della guerra le osservazioni del prof. Ferrari farebbero ritenere che esso subisce delle notevoli modificazioni. Durante il periodo nel quale i soldati si trovano nella zona di guerra, ma lontani dalla linea del fuoco e durante il periodo nel quale stanno per entrare in azione, per quanto nulla di sicuro si sappia al riguardo, pare che debbano verificarsi dei mutamenti in rapporto alle condizioni di ambiente ed allo stato di aspettativa di gravi avvenimenti. E' in questi periodi che si forma quella coesione tra i vari reparti, che fa nascere lo spirito di corpo, annulla o per lo meno attenua le caratteristiche individuali e porta tutti ad un livello morale superiore. Contribuiscono a ciò i pericoli che si cominciano ad incontrare, la conoscenza e la stima per gli ufficiali che si espongono come gli altri, il passaggio dei prigionieri, e moltissimo la lettura dei giornali che magnificano le imprese dei compagni al fronte e danno notizie delle accoglienze fatte ai feriti, dei provvedimenti per le famiglie dei richiamati, dello slancio di tutta la nazione, ecc. L'ordine di avanzare è accolto sempre con emozione, ma con animo lieto. E' l'onore del paesucolo, della regione, del reggimento, dell'arma, ecc., che si tratta di far rifulgere di fronte a tutti, mentre « tutto il resto non conta ».

Ma è sulla linea del fuoco che si forma l'animo nuovo. Tutti i soldati ritornati dalle trincee affermano che essi in quell'inferno si son sentiti « diversi », « trasformati », « fuori del mondo ». A ciò certo contribuiscono condizioni materiali e morali: la vita disagiata per lo spazio ristretto, per la posizione del corpo curva e forzata, per il rumore continuo ed assordante, come la coscienza di dover assolvere un compito altissimo. Pochissimi sono quelli che han dichiarato di avere avuto paura, i più coraggiosi e calmi entrando in trincea si considerano già un poco al di là della vita, perchè la loro esistenza dipende da quel momento in poi da condizioni del tutto estranee ed immodificabili, che l'angustia del luogo ed il rumore sopra tutto dei proiettili mantengono vive e presenti davanti alla loro coscienza. Di qui forse l'insensibilità che tutti accusano e la concentrazione assoluta nell'azione complessa da compiere e la conseguente astrazione da tutto il resto del mondo.

Da questo stato d'animo forse nasce la freddezza con cui il nostro soldato, uomo tranquillo e pacifico, che fino a ieri non avrebbe alzato la mano su alcuno, ora dalla trincea cerca con ogni cura di colpire il nemico che riesce a vedere: ben pochi mettono in quest'atto dell'odio, nei primi momenti almeno. E' piuttosto un giuoco d'astuzia, l'istinto nativo della caccia.

L'entusiasmo col quale è accolto l'annunzio dell'assalto trova forse la sua spiegazione in un elemento dinamico molto semplice. Data la condizione di assoluta necessità delle trincee italiane in confronto alle nemiche, l'uscire liberamente da un luogo dove si è offesi senza possibilità di rispondere efficacemente è di per sè un sollievo, anche se all'assalto non si possa generalmente correre stando in piedi, ma si debba procedere velocissimi, quasi carponi, riparandosi dietro le più lievi sporgenze del terreno. I feriti sono di regola colpiti nei primissimi momenti. all'uscita dalla trincea; perchè quelli che riescono ad avvicinarsi maggiormente alla trincea opposta, o sono uccisi per la grande vicinanza, o riescono a penetrare tra i nemici sorpassando i ripari e quindi a vincere. Quivi i soldati così feriti sono stati arrestati di botto, mentre per l'attesa, per la preparazione, o per l'inizio già dato all'operazione si trovavano nella fase di maggior tensione di ogni loro facoltà, per dire così, sotto la massima pressione. Perciò l'annichilimento del loro sforzo in tale istante dà ori-

gine ad uno stato psico-fisico analogo a quello dei superstiti dei disastri ferroviari, i quali appena liberati dai rottami corrono all'impazzata nelle vicinanze del treno come se persistesse in loro qualche cosa della forza di traslazione impressa per inerzia al loro corpo mentre erano trascinati dal treno. Nei feriti in guerra persiste una tendenza analoga, che si manifesta con la tendenza di parlare, appena possono, dell'assalto a cui presero parte e di interessarsi unicamente di ciò che con esso ha relazione. C'è d'altra parte un desiderio di continuare la lotta che risponde ad un bisogno di giustizia primitiva di regolare i conti tra feriti e feritori. I feriti più che lamentarsi della loro ferita si crucciano di essere stati colpiti troppo presto, proprio al momento in cui stavano per fare un buon colpo.

Ed è nell'assalto allo scoperto che il nostro soldato ha il sopravvento, è là che egli dà prova della superiorità del suo coraggio. Ma non è un coraggio spavaldo, fatalista, è un coraggio cosciente del prezzo che costa e del valore della finalità a cui serve, un coraggio cui si accompagna un senso spesso pericoloso di generosità. Un coraggio cui dà anima e forza l'affetto e la stima che i nostri soldati hanon per i loro superiori, sempre primi al pericolo, e la coscienza della santità della causa per la quale si combatte, causa che ha un contenuto, oltre che nazionale, schiettamente umano.

Certo in questa guerra la rivelazione del soldato italiano è stata veramente radiosa. Gli italiani, per sentimento e per consuetudine alieni da ogni idea bellicosa, sono accorsi come un sol uomo alla chiamata della patria, mentre gli emigrati, i vecchi reduci dalle battaglie dell'indipendenza, i giovanetti, i riformati offrivano in una gara commovente la loro vita, quasi dolendosi di non poter offrire di più.

Un simile spettacolo è stato certo meraviglioso, e l'aver dato alla nazione un senso di unità così profondo, l'aver eccitato fino al parossismo in tutti lo spirito di devozione e di sacrificio ad una idealità superiore sarà forse il primo dei tanti benefici che in mezzo ai suoi orrori la guerra pure fa nascere. DR.

**Il casco per le trincee.** — Nell'attuale guerra di trincea sono molto frequenti le ferite alla testa: perciò nel maggio scorso le autorità militari francesi hanno dotato le truppe di una cervelliera, specie di calotta d'acciaio da introdurre sotto il chepì. L'utilità di tale protezione è indiscutibile; si citano casi in cui delle grosse scheggie d'obice pesanti anche oltre 200 gr. hanno colpito la cervelliera, producendovi una depressione, mentre il soldato è stato solamente preso da leggero stordimento. Altri casi cita Bonnette (*Presse méd.* 1915, n. 48) da lui osservati in cui i frammenti d'obice o le palle hanno prodotto un foro nel chepì ed una depressione o un solco nella cervelliera; i soldati, che senza questa sarebbero certamente morti, hanno presentato commozione cerebrale, di cui si sono riavuti abbastanza presto.

Tale cervelliera però se rispondeva bene allo scopo, non era pratica; per la sua forma rotonda e troppo rigida non si adattava bene a tutte le teste, sicchè molti l'utilizzavano mettendola sopra il chepì; messa poi direttamente sul cranio, senza aereazione, provocava sudori profusi che ossidavano la faccia interna della calotta, scorrendo poi in striscie giallastre sul viso dei combattenti, che avevano finito a rinunciare alla cervelliera servendosene per gli usi più eterocliti, magari da orinale o da porta sapone.

Ora però le truppe francesi sono state fornite di un elmetto più comodo e pratico. Consta di una lamiera d'acciaio sagomata a stampo, dello spessore di 7 mm., leggermente rialzata al disopra del cranio; ad essa si è aggiunto una visiera, un coprinuca ed un piccolo cimiero fenestrato, che serve da ventosa e riduce al minimo il peso. All'esterno è ricoperto da una vernice grigio-blu; all'interno v'è una fodera di cuoio flessibile, che gli permette di adattarsi alle varie teste, ed un dispositivo per l'aerazione, fatto da una lamina metallica ondulata, che circonda la base fra la calotta d'acciaio e la fodera di cuoio fenestrata; un sottogola in cuoio permette di fissarlo bene sulla testa. Il peso totale è di circa 650 gr.

Tale casco non potrebbe certo proteggere la testa da una palla in piena velocità, che a 600 metri può traversare tre uomini; ma già a 1800 metri la palla che può ancora perforare da una parte all'altra il cranio, non può più traversare l'ostacolo del casco ed i proiettili di rimbalzo o tangenziali devieranno facilmente sulle sue pareti. Tanto più efficace sarà la protezione contro le scheggie di granate, le palle di shrapnell e di revolver; le scheggie di obice sono molto variabili di forma, di peso e di velocità; ad ogni modo la maggior parte di esse, che altrimenti avrebbero prodotto fessure craniche con scheggiamento della lamina vitrea e lacerazione della dura madre, saranno arrestate e deviate.

L'esercito francese è così dotato di un casco abbastanza estetico, igienico, poco visibile, che risparmierà, nell'avvenire, buona parte del capitale umano. FIL.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

**Critiche serene sul servizio sanitario militare.**

Avevamo già licenziate alla stampa le nostre osservazioni sull'opera dei medici nella nostra guerra pubblicate nello scorso numero quando ci capitò di leggere sul «Corriere della Sera» un articolo del senatore Pio Foà. Le impressioni da noi riportate sull'ottimo attuale funzionamento del servizio sanitario, sui buoni risultati finora ottenuti e sui migliori che ancora potranno ottenersi sono presso che uguali a quelle riportate dall'insigne anatomista-patologo di Torino in seguito a una visita da lui fatta al fronte.

Il prof. Foà comincia con l'accennare alle deficenze del servizio sanitario al principio della campagna e giova qui ripetere quanto egli scrive al riguardo, perchè possa ancora essere confermato con quanta serena obbiettività, con quali intenti ed anche con quali benefici risultati il nostro giornale pubblicò degli articoli di critica, che fin d'allora del resto raccolsero il consenso generale.

Sul cominciare della guerra, egli scrive, fu sollevato un grido di ammirazione per la bontà di taluni servizi importantissimi, e per il rinnovamento avvenuto in poco tempo delle nostre armi. Era, invece, diverso il sentimento di fronte alla iniziale organizzazione del servizio sanitario. La guerra ci aveva colpiti quando esisteva una grave crisi del personale medico, tanto che parecchi erano preparati a discuterla a fondo nei due rami del Parlamento, ciò che non si è potuto fare perchè appunto la guerra lo ha impedito. La carriera dei medici militari era divenuta difficile; molti l'abbandonavano, e parecchi si astenevano dal partecipare a concorsi. Fu così che allo scoppiare della guerra si ebbero solo all'incirca 750 medici effettivi, il che ha generato una quantità di inconvenienti. Molti medici giovani di complemento freschi di laurea furono posti a servizio di battaglione o compagnia, presso i quali non sarebbe stato fuori di posto qualche capitano di carriera, preferibilmente stato trattenuto negli ospedali da campo o di tappa. Spesso a dirigere ospedali e a fare il chirurgo furono nominate persone non direttamente competenti. Sembrava sul principio che i medici sulla linea del fuoco non fossero troppo abbondanti, mentre tali erano per lungo tempo inoperosi in piccole città più o meno vicine alla fronte. Negli ospedali da campo non era neppure sufficiente il materiale; sia l'armamentario, sia il materiale da medicazione, sieno gli apparecchi per la sterilizzazione, onde giungevano da ogni parte voci lamentose. A queste deficienze si aggiungevano o le supposizioni, o le dimostrazioni di fatti che accennavano a minore concordia fra la Sanità militare e la Sanità civile e fra quella e la Croce Rossa. Il nostro mondo universitario, i cui clinici maggiori ambivano di dare l'opera loro vicino alla linea di azione, come fu possibile ai clinici delle altre nazioni belligeranti, fu, invece, disilluso, perchè si è preferito trattenere i clinici nei loro proprii centri, dove però in pari tempo l'esercito sottraeva quasi tutto il rispettivo personale assistente. La necessità di prevedere l'eventuale invasione di epidemie, delle quali si seppe l'esistenza nei campi di altri belligeranti, obbligava a provvedere senza indugio alla difesa non solo dell'esercito, ma anche delle popolazioni civili, onde la necessità assoluta di un'efficace cooperazione da parte della Sanità del Regno. Il trasporto dei feriti fatto sul principio di preferenza, e forse per necessità di servizio, con treni attrezzati, seguito non senza qualche grave inconveniente, fece desiderare preferibilmente l'uso degli eccellenti treni ospedali della Croce di Malta e della Croce Rossa, i quali invece, all'inizio, viaggiavano quasi vuoti. Ripeto, può darsi che tutto ciò avvenisse per momentanea necessità di servizio, ma era pur causa di non poco malcontento.

Ma tutto ciò appartiene, per fortuna, al passato.

Ora è una delle maggiori consolazioni per un cittadino indipendente, privo di preconcetti, e che sia reduce da poco dalle varie fronti dove si svolge la nostra guerra e dalle varie sedi del Comando, il potere affermare che quasi tutte le cause di non approvazione del nostro servizio sanitario sono scomparse, e che la savia attività del dirigente personale sanitario militare, in perfetta armonia con quella degli ottimi ispettori, dai quali è servita dal canto suo la direzione della Sanità civile, e con quella pure pregevole e coordinata alle precedenti, svolta dal personale della Croce Rossa, è venuta poco a poco recando tali miglioramenti al nostro servizio sanitario alla fronte, quale ognuno è disposto oggidì a riconoscere, e che sarebbero anche più acclamati, se fossero già adottate provvidenze che valessero a meglio soddisfare anche certe aspirazioni del personale medico, sia di carriera, sia di complemento.

E, aggiungiamo ancora noi, sono queste quistioni che riguardano il personale che dovrebbero essere affrontate, esaminate, risolute al più presto. Il miglioramento verificatosi nel servizio sa-

nitario dell'esercito si deve allo slancio, all'intelligente operosità dei nostri colleghi, che consci della loro missione tutto hanno dato per assolverla nobilmente.

Accennammo nel numero scorso agli splendidi risultati ottenuti sia per quel che riguarda il numero dei mutilati che la lotta contro le malattie infettive. Il prof. Foà conferma le nostre osservazioni. Lo stato sanitario delle nostre truppe è buono e migliorerà ancor più se sarà tenuta in quel conto che merita la vaccinazione antitifica. Si è da qualcuno con troppa facilità messo in dubbio la efficacia di tale vaccinazione. E non si è pensato che le vaccinazioni nel periodo anteriore della guerra furono fatte affrettatamente: moltissimi dei nostri soldati riescirono a sottrarsi alla vaccinazione, parecchi che figuravano come vaccinati non lo furono affatto o solo incompletamente. Quando la vaccinazione fosse fatta sul serio, non potrebbe dare risultati diversi da quelli che il generale Ferrero di Cavallerleone ottenne in Libia.

Sarà una nuova azione meritoria dei nostri colleghi quella di dare maggiore e più serio impulso a questo prezioso mezzo profilattico.

I migliori risultati constatati in altri campi consentono una maggior fiducia anche in ciò.

Ma, per ritornare alla quistione del personale, conviene che i sacrifici, sacrifici di sangue, di disagi, di fatiche, di affetti, siano tenuti in migliore considerazione. Il nostro giornale si è fatto parecchie volte eco delle lamentele dei medici richiamati, delle lamentele che apparivano giustificate. Una più conveniente distribuzione dei gradi risolverebbe tra le altre anche la quistione economica, che giustamente in una guerra di lunga durata assilla l'anima dei medici. Una più equa assegnazione delle attribuzioni si risolverebbe in un miglioramento ancora più accentuato del servizio e dissiperebbe uno stato d'animo poco confacente a quella concordia di sentimenti e di intenti che nell'ora attuale è più che mai desiderabile.

Anche il senatore Foà accenna al fatto che non tutti gli ufficiali di carriera si trovino al loro posto.

Ed a noi pare, che sarebbe tempo che questa leggenda, se leggenda è, fosse sfatata e non si lasciasse sotto una triste impressione il corpo sanitario militare effettivo, che sempre, in ogni circostanza, ha dato prova di sentire altamente il proprio dovere.

Si è sempre affermato che il numero dei medici fosse deficiente per i bisogni della guerra, ma è però certo che molti, moltissimi dei nostri colleghi rimangono inoperosi. Anche a questo il nostro giornale ha accennato, ed ora troviamo il consenso del prof Foà. Non sappiamo se ciò devesi a sbaglio di calcoli o al fatto che la nostra campagna non ha avuto quello sviluppo che si prevedeva. Certo è che il numero dei medici richiamati è esuberante. Parecchi potrebbero essere mandati a casa o, meglio ancora, potrebbe essere stabilito un turno di richiami. Con ciò si otterrebbe una sensibile economia per l'erario, si provvederebbe più convenientemente all'assistenza civile ed infine si assicurerebbe al personale quel riposo di cui ha necessariamente bisogno.

Comunque sia risoluta una tale questione, è certo che ai medici si dovrà consentire un conveniente periodo di licenza. Specie quelli che sono ai reggimenti, alle piccole unità da campo, hanno bisogno assoluto di una periodica sia pur breve licenza. Hanno bisogno di riposare lo spirito ed il corpo senza di che non potranno assolvere convenientemente il loro compito. Non si può essere buon medico se non si ha il corpo valido e lo spirito sereno. E di ciò certo è convinto chi dovrà provvedere. PANGLOSS.

## Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie.

Sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici.

(Il fondo resta a disposizione del futuro Congresso federale perchè ne stabilisca la erogazione a termini della Circolare n. 6 - Prot. n. 450 - 18 agosto 1915).

*Secondo elenco delle offerte*
a tutto il 31 ottobre 1915.

| | | |
|---|---|---|
| A tutto il 30 settembre 1915 come dal primo elenco | L. | 3374 |
| Ordine dei Medici della provincia di Venezia | » | 200 |
| Prof. Davide Giordano - Venezia | » | 100 |
| Dott. Umberto Toffoletto - Venezia | » | 10 |
| Dott. Emilio Soldà - Venezia | » | 10 |
| Dott. Luigi Cappelletti - Venezia | » | 100 |
| Dott. Giovanni Pugliesi - Venezia | » | 20 |
| Dott. Francesco Ballarin - Venezia | » | 10 |
| Prof. Fabio Vitali - Venezia | » | 100 |
| Prof. Alessandro Zoppi - Venezia | » | 25 |
| Prof. G. Cagnetto - Venezia | » | 200 |
| Prof. Alessandro Zoppi - Venezia | » | 200 |
| Prof. Giuseppe Jona - Venezia | » | 100 |
| Prof. Giovanni Velo - Venezia | » | 50 |
| Prof. Pietro da Venezia - Venezia | » | 25 |
| Dott. Domenico D'Arman - Venezia | » | 15 |
| Dott. Giuseppe Pezzetti - Capitano medico C. R. Zona di guerra | » | 20 |
| *A riportare* | L. | 4559 |

| | | |
|---|---|---|
| | *Riporto* . . . | L. 4559 |
| Dott. Arturo Clari - Pausula (Macerata) | » | 20 |
| Prof. Umberto Monari - Bologna | » | 100 |
| Dott. Edgardo Dal Pane - Bologna | » | 20 |
| Dott. Renato Tivoli - Bologna | » | 20 |
| Dott. Matteo Cecchini - Castel S. Pietro (Bologna) | » | 10 |
| * Dott. Fidenzio Gallerani - Bologna | » | 25 |
| * Dott. Carlo Casini - Roffeno (Bologna) | » | 10 |
| * Dott. Enrico Boschi - Bologna, *seconda offerta* | » | 50 |
| Direttore e Medici del Manicomio « Francesco Roncati » Bologna - Professor comm. Raffaele Brugia - Dottor Giuseppe Peli - Dott. cav. Natale Maccaferri - Dott. Carlo Rasori - Dott. cav. Francesco Venturoli - Dott. Enrico Rivari - *Offerta mensile* - Rata di settembre | » | 24 |
| * Dott. Luciano Andalò - Dott. Carlo Donnini - Dott. Adolfo Evangelisti - Dott. Attilio Mondini - Dott. Lorenzo Preste - Dott. Gino Zanardi - Medicina (Bologna) | » | 30 |
| Dott. prof. Lorenzo Piazza - Lentini (Siracusa). *Prima offerta* | » | 10 |
| Prof. dott. Adelson Canepele - Bologna | » | 100 |
| Dott. cav. Achille Caramitti - Bologna | » | 40 |
| Dott. Aldo Caramitti - Bologna | » | 10 |
| Dott. Leonardo Adessi - Minerbio (Bologna) | » | 10 |
| Dott. Celestino Baldi - Bologna | » | 10 |
| Dott. Braccio Braccini - Nocera Umbra (Perugia) | » | 15 |
| Dott. Arnoldo Fusetti - Ponte della Venturina (Bologna). *Prima offerta* | » | 25 |
| Dott. prof. Lorenzo Piazza - Lentini (Siracusa). *Seconda offerta* | » | 15 |
| Dott. Aldo Graziani - Thiene (Vicenza) | » | 20 |
| * I Dott. P. Cappellini - L. Cantelli - A. Gallerani - E. Magagni - A. Modonesi - G. Melotti - A. Salvadori - F. Mazzoni - A. Reggiani - T. Tassi medici di riparto FF. SS. Bologna | » | 50 |
| * Prof. Alberico Testi - Faenza (Ravenna) | » | 20 |
| | Totale . . . | L. 5193 |

(*) In memoria della signora Caterina Silvagni.

Le somme sottoscritte vengono depositate in libretto della Cassa di risparmio di Bologna che ha concesso il frutto di favore del cinque per cento.

*La Società di Medicina Legale,* radunatasi il 22 ottobre, prendendo in considerazione gl'inconvenienti gravissimi, giornalmente verificatisi, per essere venuta meno l'applicazione del disposto dell'art. 209 del Codice di P. P. riguardante l'adibizione dei medici particolarmente esperti nelle discipline medico-legali e per essere stata abolita la revisione delle perizie medico-legali, ha votato il seguente ordine del giorno, da presentarsi alla R. Commissione incaricata delle più urgenti modificazioni da introdurre nel nuovo Codice di P. P., riservandosi di proseguire ad occuparsi della grave questione delle perizie riguardanti altre mende che la pratica forense ha rilevato.

ORDINE DEL GIORNO.

La Società di Medicina legale sintetizzando gli studi e le proposte fatte sulle perizie medicolegali nel nuovo Codice di P. P., in vista degli inconvenienti verificati nell'applicazione degli art. 208 e seguenti C. P. P., in omaggio agli interessi della Giustizia e della Scienza fa le seguenti proposte:

I. Che sia con precise norme assicurato l'affidamento delle perizie di preferenza ai Medici particolarmente esperti in Medicina legale ferme restando le disposizioni riguardanti le perizie psichiatriche a norma del 2° comma dell'articolo 209 C. P. P.

II. Che siano stabilite in speciali norme regolamentari i requisiti che debbono avere i Medici per essere ritenuti Medici Legali, da inscriversi in apposito Albo.

III. Che sia possibile la revisione delle perizie medico-legali quando il parere dei periti non offre gli elementi necessari per l'accertamento della verità.

Il Presidente
Prof. A. TAMBURINI.

*Pensioni e indennità a sanitari e loro vedove.* — Massotti Francesco, id., L. 987 — Bianchi Emilio, id., L. 2157 — Tardio Vincenzina ved. dott. Bruno, id., L. 764 — De Mercanti Emma ved. dott. Cattalinick, indennità, lire 1329.21 — Bidone Adele ved. dott. Luccelli, id., L. 1315.54 — Rasini Etilla ved. dott. Carrara, id., L. 1318.58 — Patanino Giuseppe, id., lire 5781.95 — Mascio Paolo, pensione, L. 1055 — Giovannetti Raffaela ved. dott. Coarelli, indennità, L. 1734.38 — Carrieri Ignazio, pensione, L. 1058 — Gera Clementina ved. dott. Zamboni, id., L. 1500 — Borghesio Caterina ved. dott. Roggieri, id., L. 911 — Vincelli Maria ved. dottor Pappone, id., L. 839.50 — Falzoni Daria Teodolina e figli, ved. ed orfani dott. Pisani, id., lire 450 — Neroni Chiara ved. dott. Bassotti, id.,

L. 1807.80 — Morini Luisa ved. dott. Bressan, id., L. 782.62 — Rondolino Celestina ved. dottor Colli Domenico, id., L. 1634.06 — Bloise Pietro, id., L. 2174 — Lusona Paolo, id., L. 819 — Ripamonti Alice ved. dott. Corbetta, indennità, L. 1447.67 — Tognetti Giovanni Battista, id., L. 2385.10. (*Dall'Avven. Sanit.*).

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5634) *Referto - Tardiva presentazione.* — Il Dott. E. N. da C. avendo consegnato il referto di una lesione lieve da lui curata al marito della paziente ed avendo questi trascurato di presentarlo alla autorità giudiziaria, se non dopo avvenuta grave complicazione, è stato denunziato per mancanza di referto e trovasi ora sotto procedimento penale. Chiede conoscere se ciò sia legale.

Sarebbe stato suo obbligo quello di provvedere direttamente alla consegna del referto alla autorità giudiziaria, alla quale spettava rilevare i dati necessarii per determinare se il delitto era perseguibile con azione pubblica. Affidandolo al privato, Ella ha implicitamente consentito che questi ne avesse fatto uso sol quando avesse creduto o gli fosse convenuto per privato interesse o tornaconto. Non può, quindi, sfuggire alla contravvenzione. Come discriminanti che valgano a diminuire la responsabilità crediamo che ben possa addurre dinanzi l'autorità giudiziaria le ragioni di cui è cenno nel quesito.

(5635) *Concorsi - Sospensione.* — Il dott. A. V. da P. desidera conoscere se e quando possa ritenersi esaurito un pubblico concorso.

Per logica induzione il concorso può dirsi esaurito quando la Commissione esaminatrice ha terminati i suoi lavori ed ha formata la graduatoria, perchè solamente allora i varii candidati acquistano un diritto, sebbene astratto ed indeterminato, alla nomina. Noti che il Decreto Luogotenenziale non parla di concorsi *chiusi* ma di concorsi *esauriti,* locchè indica che il concorso stesso deve essere stato espletato completamente in ogni sua parte, mercè la presentazione delle domande e dei titoli, l'esame di questi da parte della Commissione e la formazione della conseguente graduatoria. Se vi sono concorsi in cui non si fa la graduatoria, il concorso stesso non può dirsi esaurito che con la nomina effettiva da parte della amministrazione municipale. Prima di tale nomina, il concorso può dirsi chiuso ma non esaurito.

(5637) *Assicurazione contro gli infortunii.* — Al dottor S. L. da P. all' A. rispondiamo che nessuna legge ha modificato l'articolo 149 del regolamento sugli infortunii, secondo cui la spesa pel certificato finale spetta alla società assicuratrice. Alla stessa stregua deve attenersi l'Istituto nazionale delle assicurazioni.

(5638) *Condotta piena - Cura di RR. CC.* — Il dott. A. G. da M. desidera conoscere se nelle condotte a cura piena è fatto obbligo per legge ai Comuni di imporre nei capitolati medici la cura gratuita ai RR. CC. in qualunque numero essi sieno ed alla famiglia del Comandante la stazione oppure se è in facoltà del Comune togliere o mantenere questa disposizione e, in caso che venisse tolta, se il medico dovrebbe essere pagato dal Carabiniere ammalato o dall'Arma.

Quando la condotta è a cura piena i RR. CC. come residenti nel Comune in cui pagano le imposte indirette come ogni cittadino, hanno diritto, al pari degli altri, alla cura gratuita. Quando la condotta è limitata ai soli poveri l'obbligo della cura non esiste se non è contemplato dal capitolato. Nessuna legge obbliga però, in tal caso, il Comune ad imporlo e se vi è, può bene anche radiarlo in occasione di una qualsiasi revisione del capitolato istesso. Nel caso che nel capitolato l'obbligo non esistesse o, esistendo, fosse posteriormente radiato, il medico ha diritto di farsi pagare dalla amministrazione dell'Arma e non dall'individuo infermo.

(5640) *Tassazione di medicinali - Oneri dell'ufficiale sanitario.* — Il dott. abbonato n. 3643 desidera conoscere se l'ufficiale sanitario abbia l'obbligo di verificare le note presentate al Comune dai farmacisti per i medicinali somministrati ai poveri per vedere se sono stati applicati i prezzi delle tariffe. In caso positivo in virtù di quale legge e se, in caso negativo, possa richiedere compenso. Desidera pure conoscere quale criterio si deve tenere per valutare un medicinale non compreso nella tariffa provinciale nè nella tariffa generale.

L'ufficiale sanitario non ha obbligo di controllare o verificare le note presentate al Comune dai farmacisti per vedere l'equità dei prezzi seguenti per le medicine somministrate ai poveri del Comune. Per tale lavoro di cui può anche chiedere l'esonero, può avanzare domanda di adeguato compenso. Per stabilire il prezzo di un medicinale non compreso nella tariffa provinciale nè nella tariffa generale, occorre tener presente il prezzo segnato dalla casa produttrice, applicando lo sconto che di ordinario esse sogliono fare ai rivenditori.

(5641) *Ufficiale sanitario - Presidente della Congregazione di Carità - Incompatibilità.* — Il dott. C. S. da M. desidera conoscere se il medico condotto, che sia *ope legis* ufficiale sanitario di un Comune, possa essere nominato Presidente della Congregazione di Carità.

Il Consiglio di Stato con parere del 4 marzo

1910 ritenne l'ufficiale sanitario incompatibile con la carica di componente di qualsiasi Opera pia esistente nel Comune ove presta servizio Con successivo parere del 21 settembre 1912 lo stesso Consiglio dichiarò che il medico che pur non avendo nomina prefettizia alla carica di ufficiale sanitario ne esercita di fatto le attribuzioni è egualmente incompatibile al posto di amministratore di istituzioni pubbliche di beneficenza esistenti nel Comune presso cui presta servizio.

(5642) *Richiesta di un consiglio.* — All'abbonato n. 2166 rispondiamo che non abbiamo alcun consiglio da dargli nella situazione in cui egli attualmente si trova.

(5643) *Sessennio.* — Il dott. M. S. da I. era titolare della condotta B. Essendo venuto a mancare il titolare della condotta A, riunì le due sezioni di condotta. Tale riunione divenne stabile con deliberazione consiliare del 1° ottobre 1910. Egli rimase titolare di entrambe le sezioni con uno stipendio maggiore di quello che inizialmente godeva ma minore della somma dei due stipendi dei tiolari delle sezioni. Desidera sapere se può continuare il periodo sessennale già iniziato come titolare della sezione B e, nella negativa, da quale epoca comincerebbe a decorrere il nuovo sessennio, se, cioè, dal 12 agosto 1909, data in cui il collega abbandonò il servizio; dal 3 gennaio 1910, data in cui il sindaco lo pregò ad accettare la prima zona, rimasta vacante, o dal 1° otobre 1910, data della deliberazione consiliare con cui fu stabilito, con l'unione delle due sezioni, l'ammontare dello stipendio da corrispondersi al sanitario. Desidera, inoltre, conoscere su quale stipendio potrà liquidare il detto sessennio, se, cioè, su quello iniziale o su quello accresciuto dal Consiglio comunale.

Di fronte allo stipendio che godeva prima del 1910 quello stabilito dal Consiglio comunale nel 1° ottobre rappresenta un aumento. La ragione del fatto aumento si trova, è vero, nell'accresciuto lavoro, ma non può mettersi in dubbio che il suo stipendio fu da lire 1000 aumentato a lire 1800. Essendosi, quindi, conseguito un aumento di stipendio, non ha più corso il periodo sessennale iniziato nel 1907. Esso è rimasto spezzato per effetto della deliberazione consiliare dell'ottobre 1910. Ed è da questa epoca che comincia a decorrere il nuovo periodo utile per la corrisponsione del sessennio. Il sessennio, cui avrà diritto, sarà il decimo dello stipendio di lire 1800.

---

*Nomina a medico militare assimilato.* — Desidererei sapere a chi bisogna fare domanda per essere nominato medico assimilato militare e quali documenti da presentare.

Possibilmente, le sarei grato se sapesse indicarmi quante ore del giorno possono tenere occupato un medico assimilato.

Abbonato n. 7542.

Per ottenere la nomina a medico militare assimilato bisogna farne domanda alla Direzione di sanità del competente corpo d'armata, allegando i titoli di studio ed i documenti di rito.

Le attribuzioni del medico assimilato variano notevolmente secondo il grado e sono analoghe a quelle degli ufficiali effettivi: il capitano ha le mansioni di capo reparto corrispondente a quelle di primario negli ospedali civili, ma ha l'obbligo della guardia a turno e deve recarsi due volte al giorno al proprio ospedale.

D.

*Fascetta del terremoto marsicano.* — Si desidera sapere se i medici, i quali furono assunti dallo Stato per la campagna del terremoto del 13 gennaio 1915, nei paesi d'Abruzzo, possano ora fregiarsi della rispettiva fascetta. Dico ciò perchè degli ufficiali, i quali solo per pochi giorni furono in quei paesi, già se ne fregiano.

Abbonato n. 7135.

Potranno fregiarsi della relativa fascetta solo quei medici cui sarà stata assegnata la medaglia di benemerenza per l'opera prestata in occasione del terremoto della Marsica del 13 gennaio 1915.

Ci consta che in questi giorni si stanno facendo le designazioni del caso.

**D.**

---

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

CATANIA. — Il dott. Recupero Giuseppe è nominato assistente volontario in clinica dermosifilopatica.

MODENA. — Il prof. Ferlini Achille è incaricato dell'insegnamento di clinica chirurgica e medicina operatoria.

NAPOLI. — I dottori Simeoni Vincenzo e Alvi Vincenzo sono nominati assistenti in clinica chirurgica.

ROMA. — Il dott. Pecori Giuseppe è autorizzato a trasferire da Palermo a Roma la libera docenza in clinica dermosifilopatica.

ANCONA. — La Commissione giudicatrice del concorso all' VIII condotta medica di Ancona, composta dei dottori comm. Foà, presidente, cav. prof. Boari e cav. Salaroli, medico provinciale, ha stabilito la seguente graduatoria: 1° gruppo *ex aequo* con 30/30: prof. Laurati Francesco, dott. Ercolani Pietro, prof. Lisanti Angelo, dott. Nascimbeni Ferruccio; 2° gruppo *ex aequo* con 20/30; dott. Iraci Enrico, dottor Montesi Alfeo, dott. Amadori Livio; seguono il 3° gruppo con 28/30 e il 4° con 27/30, comprendenti dieci degli altri concorrenti.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Sui campi dell'onore.**

Sono caduti per la Patria gli ufficiali medici:

DATTOLI GIULIO, di Colle San Vito;

FUSCO GIOVANNI, tenente medico;

RICCI EMILIO, di Torre Maggiore;

CARLINI PERICLE, di Genova, sottotenente medico, decorato al valore;

DONATI ALESSANDRO, capitano medico;

(I primi tre figurano in un elenco ufficiale).

E gli studenti in medicina:

NAZZONE GIOVANNI, della facoltà medica di Roma;

FIRMIANI ANTONIO da Castel San Giorgio (Salerno);

(Il primo figura in un elenco ufficiale).

È morto all'ospedale di Thiene, in seguito a malattia contratta in guerra, il capitano medico D'ANNA AUGUSTO, decorato al valore.

Ci ripromettiamo di dare nei prossimi numeri notizie meno frammentarie sui nostri eroi.

**Libro d'oro.**

È stato insignito della medaglia d'argento al valor militare il dott. SGUAZZI cav. VITTORIO, da Rebecco d'Oglio (Cremona), maggiore medico, con la seguente motivazione:

« Diresse il servizio sanitario della divisione in modo esemplare, recandosi di persona, dopo ogni combattimento, sui luoghi ancora battudi dal fuoco nemico ed infondendo attività nel servizio della raccolta e dello sgombero dei feriti; costante, mirabile esempio ai suoi dipendenti di serena intrepidezza e del più premuroso interessamento per salvezza dei feriti. Pressi dell'Isonzo dal 5 giugno al 22 luglio 1915 ».

È stata assegnata la menzione onorevole ai seguenti ufficiali medici:

CASAGRANDI GLAUCO, da Lugo (Ravenna), capitano medico fanteria;

FIUMEFREDDO VINCENZO, da Regalunto (Catania), capitano medico fanteria;

GUIDOBONO PIETRO, da Volpegnino (Alessandria), tenente medico alpini;

LEPRI GIULIO, da Pisa, tenente medico fanteria;

MONETA SALVATORE, da Napoli, sottotenente complemento fanteria;

MIRAGLIA cav. EUSTACCHIO, da Spinazzola (Bari), maggiore medico ospedale militare;

PILATO ADOLFO, da Melfi (Potenza), capitano medico fanteria;

SALLUSTRIO LUIGI, da Molfetta (Bari), tenente medico sezione sanità, 19ª divisione;

ed ai seguenti militi di sanità:

BELLAVITA ALBINO da Orvieto, frazione Prodo (Perugia) 1ª divisione fanteria;

BRECCOLA VITTORIO, da San Lorenzo Nuovo (Roma), sezione sanità.

**Medici feriti.**

Risultano feriti in guerra i medici militari: MATERZANINI AUGUSTO di Venezia, COLOMBO ETTORE di Varazze, MASTROIANNI ANTONIO, PIANCASTELLI ANGELO di Castel Bolognese.

**Medici prigionieri.**

Sarebbero prigionieri di guerra a Malthausen i medici militari: Calvi Ettore, La Villa Girolamo, Baronio Dario, Pelitti Antonio.

**La prima pietra degl'Istituti d'istruzione superiore a Milano.**

È stata compiuta solennemente a Milano la posa della prima pietra per i nuovi Istituti di istruzione superiore. Questi sorgeranno sopra un'area donata dal Comune, del valore di tre milioni. Per la costruzione è preventivata la spesa di 13,819,000 lire, in cui concorrono lo Stato, il Comune ed altri Enti. Vi sarà compreso un Istituto d'anatomia normale e patologica, annesso agli Istituti clinici di perfezionamento.

Alla cerimonia presenziarono il presidente del Consiglio dei ministri, on. Salandra, il sottosegretario di Stato on. Baslini e molte altre autorità.

Parlarono il sen. Colombo, rappresentante il Consorzio per la erezione degli Istituti, il sindaco di Milano, l'on. Salandra e il cardinale Ferrari. Riportiamo alcuni brani più significativi del discorso pronunziato dall'on. Salandra:

La odierna cerimonia civile è affermazione della forza serena della nostra razza, la quale, combattendo la più aspra e dura guerra dopo il risorgimento dello Stato italiano, intraprende tranquillamente le opere del progresso futuro.

Ovvia è la considerazione che, come insegna la guerra moderna — la guerra attuale sopratutto — non v'è preparazione bellica, sia negli strumenti della guerra, sia nelle funzioni direttive di essa, che non derivi dalla scienza, onde i più forti divengono i più dotti.

Ma vi è anche un'altra considerazione meno ovvia: ed è che l'esperienza di questi mesi in Italia ha dimostrato come non sia vero che l'alta coltura, che la scienza, preparino una scettica generazione; ha dimostrato come sia frutto di una superficiale credenza ormai sorpassata che vi sia contrasto fra la coltura scientifica e le pure idealità.

La civiltà cristiana si rinnova perennemente e resta indistruttibile e capace dei maggiori progressi e delle maggiori idealità sociali: possiamo oggi affermare che i nostri figli sono migliori di noi.

Ebbene, questo che facciamo per loro, le opere che oggi sorgono, siamo sicuri di compierle per la maggiore ricchezza, per la maggior grandezza, per la maggior gloria d'Italia.

**L'esempio di Milano.**

In un ricevimento offertogli a Milano l'onorevole Salandra ebbe a dichiarare:

L'esempio più largo, più generoso di concordia organizzata e volenterosa da parte di tutti, lo vedo a Milano. A Milano che non è la Milano conservatrice o la Milano cattolica o la Milano socialista, ma la grande Milano italiana, quella delle storiche pagine.

**Un appello della Croce Rossa internazionale per i soldati scomparsi.**

Il Comitato internazionale della Croce Rossa a Ginevra ha indirizzato ai capi di Stato e ai Governi delle potenze belligeranti la seguente lettera aperta:

« Il Comitato internazionale della Croce Rossa dall'inizio della guerra è sotto la dolorosa impressione che un numero considerevole di soldati dei quali non è possibile stabilire l'identità, vengono semplicemente dichiarati scomparsi. I fon-

datori dell'agenzia internazionale per i prigionieri di guerra sono testimoni quotidiani della tormentosa incertezza delle famiglie angosciate sulla sorte dei loro congiunti e si permettono perciò di far viva preghiera che vengano impartite ai diversi comandi di truppe istruzioni precise affinchè un sollievo sia arrecato a questo inutile inasprimento delle sofferenze della guerra.

« In tutti i casi in cui la condotta della guerra lo consenta deve venir permesso un armistizio di alcune ore perchè i corpi della sanità possano raccogliere i feriti e, solo dopo aver stabilita la identità delle vittime del giorno, venga ordinato il seppellimento. La lista dei feriti e dei morti che deve venire sollecitamente compilata e trasmessa al Ministero della guerra e al Comitato internazionale, renderebbe possibile di tener prontamente informate le famiglie dei caduti ».

### Accordi tra le Croci Rosse italiana e austriaca.

La Commissione prigionieri di guerra della Croce Rossa Italiana, presieduta dall'on. Emilio Maraini, informa che, in seguito ad attive pratiche condotte con la Croce Rossa Austro-Ungarica, ha ottenuto che gli ufficiali italiani prigionieri in Austria possano d'ora in avanti corrispondere liberamente senza limitazioni di tempo. Si è anche ottenuto che le comunicazioni telegrafiche fra i prigionieri italiani e le loro famiglie e viceversa possano aver luogo in lingua italiana.

### La Croce Rossa Inglese in Serbia.

Da un'interessante relazione di Luciano Magrini sul « Messaggero » e sul « Secolo » riportiamo questo brano:

I fuggiaschi vanno verso sud, la maggior parte senza meta. In mezzo al corteo si trova l'ospedale della Croce Rossa inglese, di cui è l'anima una donna, miss Stebart, che accorre qua e là, dando ordini, aiutando, consolando. Questa donna ha seguito tutte le vicende della guerra serba, dando un esempio magnifico di abnegazione e prodigando cure a tutti i feriti.

### Medici della Croce Rossa Serba.

Provenienti dalla Serbia, sono arrivati in Napoli, a bordo dell' « Adriatico », quattro medici serbi che si recano in missione a New York. Esperite le formalità d'uso, hanno preso posto nel « Canopic » in partenza per l'America.

### L'Ospedale della Colonia Francese di Torino.

La Colonia francese di Torino ha offerto alla Croce Rossa un ospedale installato in una villa al Corso Regina Margherita e fornito di tutti i presidii terapeutici; vi sono riverati 20 feriti.

Funzionerà fino al termine della guerra a cura della Colonia.

Ne è direttore sanitario il dott. Chene.

L'istituzione, posta sotto l'alto patronato della Principessa Letizia e del console di Francia, è dovuta all'iniziativa del console comm. Ramoger.

### Per i soldati ciechi.

Nell'attesa che altri abbia a provvedere in modo più largo e più adatto all'ospitalità dei soldati ciechi per la loro rieducazione psichica e professionale, la signorina Sandra Bergomi di Milano col fratello arch. Giuseppe e la di lui signora hanno messo a disposizione della Società « Pro Ciechi » una loro piccola e tranquilla casa in Monza completamente arredata, sita sul viale al Parco.

La « Pro Ciechi » ringrazia della generosa offerta, facendo voti che quanto prima altre forze si uniscano per integrare in misura completa le provvidenze a sollievo dei nostri militi colpiti da tanta sciagura.

---

Il 25 settembre è morto il celebre gastroenterologo berlinese prof. **Carlo Antonio Ewald.** Aveva quasi compiuto i 70 anni.

Fino al 1907 era stato uno dei due direttori della « Berliner Klinische Wochenschrift ».

Era succeduto a Senator nella direzione del reparto di medicina interna all'Ospedale Augusta.

Lascia moltissimi lavori sulla patologia del sistema digerente; il suo nome è specialmente legato alla sonda gastrica o tubo Ewald, alla colazione di prova Ewald-Boas ed al pasto di prova Ewald, al metodo Ewald-Sievers per saggiare la motilità gastrica.

Prima della lunga malattia che lo ha portato alla tomba, ebbe una parte notevole nell'istituzione di provvidenze sanitarie ed in specie nello stabilire gli edifizi marini per i bambini deboli.

---

È morto il prof. **Carlo Bouchard,** il fondatore della patologia generale. Ce ne occuperemo degnamente in un prossimo numero.

---

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII. *Roma, 21 novembre 1915* Fasc. 47

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



*Interessantissima pubblicazione* ***di palpitante attualità***

fatta espressamente compilare per cedere in

**Premio semigratuito**

ai nostri signori abbonati:

Dott. GIACINTO QUARTA, aiuto negli ospedali di Roma, Lib. Doc. di Patologia Spec. Medica nella R. Università

**Vademecum della infermiera**

**in casa e negli ospedali**

con speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in guerra

Un volume in 16° grande, di circa 250 pagine, nitidamente stampato, con 94 figure intercalate nel testo

**(per i non abbonati al « Policlinico » - Prezzo L. 4).**

**Ai nostri Signori Associati si spedisce per sole L. 2.50 franco di porto.**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## NOTE DEL GIORNO.

### Alcune considerazioni sulla pellagra, la sua eziologia e la sua prevenzione e cura.

Molto, anzi troppo, si è scritto da noi sulla pellagra, che era nei passati decenni e (però in modo molto attenuato) è tuttora uno dei nostri malanni nazionali. E, avendo già avuto occasione di occuparmi di pellagra dal punto di vista specialmente eziologico e patogenetico ed avendo pubblicato sull'argomento vari lavori (*Sperimentale* 1911-1915; *Rivista pellagrologica* 1914. In specie vedi: *Sperimentale* 1915, fasc. 4), non sentirei ora il bisogno di tornare a scrivere di pellagra in questo giornale, destinato alla schiera valorosa dei medici pratici, se non avessi notato di recente delle manifestazioni tendenti ad imporre nel campo pellagrologico come dimostrate e certe delle dottrine molto ipotetiche e sopratutto a basare su di tali ipotesi molto traballanti delle disposizioni pratiche di profilassi e cura. Così, per citare solo un esempio, ho visto riferito in un giornale medico che qualche Comune ha messo l'obbligo della denunzia della pellagra come di *malattia trasmissibile.*

L'obbligo della denunzia ora è molto opportuno per la esatta statistica della morbilità; ma il volere considerare la pellagra come trasmissibile accettando senz' altro le dottrine di Sambon, ormai tramontate perfino in Inghilterra ed America ove contavano più seguaci, è proprio un forzare i fatti e pretendere di imporre ai medici una opinione che, se sostenibile come tutte le opinioni, non è suffragata dal consenso della maggioranza degli studiosi e dei competenti.

Le dottrine sulla eziologia della pellagra si possono raggruppare nel modo seguente:

- A. *Dottrine zeistiche* o *maidiche* (l' alimentazione con mais è causa principale della pellagra).
  - La pellagra è dovuta all'uso di mais *guasto*.
    - Classica teoria di *Lombroso*: i veleni del mais guasto sono elaborati da ifomiceti.
  - La pellagra è dovuta all'uso del mais, anche sano
    - perchè nel mais sono insite proprietà tossiche — *Lo Monaco. Szumowski. Zuntz.*
    - perchè nel mais sono sostanze fotosensibilizzanti — *Raubitschek.*
    - perchè le proteine del mais sono incomplete e a scarso valore nutritivo — *Lussana. Albertoni. Passerini. Baglioni.*
    - perchè nel mais mancano speciali sostanze necessarie per il ricambio, le *vitamine* — *Funk.*
- B. *Dottrine parassitarie* .
  - Teoria di *Sambon*: la p. è una infezione dovuta a un protozoo, trasmessa dalla puntura d'insetti (Simulium).
  - Teoria di *Tizzoni*: streptobacillus pellagrae, causa della malattia. Si trova anche nel mais, onde T. non rinnega l'importanza eziologica di questo cereale.
- C. *Dottrina idrica*. . . .
  - di *Alessandrini* e *Scala*: la p. è dovuta all'uso di acque ricche in silice colloidale, ed è in fondo una acidosi.

Non è qui il caso di fare la critica di tutte queste diverse dottrine, di cui la Lombrosiana è quella che ha più dominato ed ha suggerito la legislazione italiana contro la pellagra. Dirò solo che oggi, se pur si conoscono ifomiceti produttori di tossici assai energici, pare poco verosimile che vengano ingerite in quantità notevole delle farine di granturco così alterate da vegetazioni di funghi da portare a stati di cronica intossicazione; e che, se si ammette pure che il granturco guasto è più dannoso di quello buono, le moderne indagini vanno sempre più orientandosi verso il riconoscimento del potere patogeno del mais in sè, anche sano e buono.

Oggi si tende sempre più a considerare la pellagra, insieme ad altre malattie con cui ha qualche analogia epidemiologica o sintomatologica (beriberi, scorbuto), in una famiglia nosologica, quella delle malattie da alimentazione deficiente o viziata per unilateralità o uniformità di cibi o per mancanza di qualche elemento necessario allo svolgimento normale del ricambio: famiglia nosologica, che ha ricevuto nomi vari, secondo le concezioni degli autori: *amerositosi* (Centanni); *avitaminosi* (Funk); secondo gli autori di lingua inglese in genere « deficiency diseases »; *monofagismo* (Volpino).

Questo gruppo di malattie si distacca dalle pure e semplici forme di inanizione o denutrizione cronica; comprende sintomi a carico dei più svariati sistemi, con prevalenza però del sistema nervoso, dell'osseo, della cute e mucose. Tutte le malattie di questo gruppo hanno in comune il carattere di essere state volta a volta ritenute intossicazioni esogene o infezioni; infatti compaiono per lo più a casi raggruppati, colpiscono certe regioni, certi distretti, certe comunità di persone, certe famiglie (scorbuto dei naviganti; beri-beri delle prigioni, degli ospizi, dei naviganti; pellagra dei manicomi, delle prigioni, specie in America, o pellagra di date famiglie in dati villaggi in Italia e altrove; ecc.).

Le ricerche epidemiologiche e sperimentali hanno per il beri-beri messo in sodo che questa forma polinevritica compare in seguito all'uso prevalente od esclusivo come cibo di riso sbucciato e brillato; ed hanno accertato che nelle bucce del chicco di riso (crusca di riso) ci sono sostanze che prevengono o curano il beri-beri umano e quello sperimentale dei polli e piccioni.

Anzi Funk ha isolato da dette bucce di riso e da altre sostanze ad azione antiberiberica (lieviti, latte, uova, carne, ecc.) il principio attivo, la *vitamina antiberiberica*, sostanza azotata ad azione misteriosa, ma che deve esser presente nei nostri cibi se non vogliamo ammalarci di una

polinevrite beri-berica. Si capisce dunque che il beri-beri domina in quei paesi ove si usa il riso brillato come alimento prevalente, senza i necessari correttivi (India, China, Giappone, ecc.)

Lo scorbuto è dovuto all'alimentazione con cereali secchi e cibi in conserva, senza cibi freschi e specialmente senza verdure: le belle ricerche di Frohlich e Holst hanno dimostrato che anche le cavie tenute a grani secchi (avena, frumento, ecc.), con acqua, ma senza verdura, muoiono coi sintomi di un vero scorbuto. E si sa ormai che lo scorbuto infantile o morbo di Barlow è dovuto ad alimentazione dei bambini con latti sterilizzati ad alte temperature, farine lattee, preparati artificiali vari in cui furono distrutte le sostanze antiscorbutiche o *vitamine antiscorbutiche,* assai labili, presenti nei vegetali freschi, nel latte, ecc.

Per la pellagra la dimostrazione della sua natura di *malattia da alimentazione unilaterale* è meno completa e matura: forse perchè su essa dominavano già troppe idee preconcette, perchè il suo studio è stato più tardivo da questo punto di vista ed i rapporti sono meno semplici. Ormai però si possono dire accertati i seguenti fatti:

1° La pellagra prevale nei paesi ove si usa largamente il mais nella alimentazione popolare; si danno casi di pellagra senza mais, ma allora c'è sempre qualche altro difetto nella dieta: per esempio in America si è visto che la pellagra insorse in seguito a dieta troppo ricca in zuccheri ed amilacei (Deeks, Blosser) o per prevalenza esagerata di cereali sui legumi ed alimenti animali (Goldberger, Waring e Willets) o per uso di sagù (Sandwith).

2° La pellagra colpisce quasi esclusivamente i poveri, i contadini, coloro che mangiano cibi poco svariati. È rarissima nei bambini lattanti.

3° La pellagra nei primi stadi suole regredire col semplice passaggio ad una buona e svariata alimentazione.

4° Il mais contiene proteine a struttura chimica assai diversa da quelle animali: vi scarseggiano certi aminoacidi (triptofano), certi altri sono troppo abbondanti (fenilalanina); il loro valore alimentare è assai scarso. Il mais deve essere ingerito in quantità enorme per dare una quota sufficiente di azoto utilizzabile, ed allora danneggia colla distensione meccanica e colle fermentazioni abbondanti il tubo digerente; sicchè in pratica i mangiatori di mais spesso sono dei veri denutriti, dei soggetti in stato di ipoalimentazione cronica e dei dispeptici.

5° L'alimentazione maidica produce negli animali da esperimento ed in specie nelle cavie un quadro morboso, che tiene un po' dello scorbuto, un po' della inanizione, ma che ha anche note anatomo-patologiche proprie, di recente messe in evidenza anche da me insieme a Montagnani: non si ha una pellagra sperimentale vera e propria, ma ciò non può pretendersi nè aspettarsi necessariamente, data la diversità dell'organismo della cavia in confronto a quello dell'uomo. Nel *maidismo* della cavia i momenti patogenetici sono molteplici; piuttosto che la insufficienza proteica o gli effetti di una uniformità di alimentazione con proteine incomplete, pare, secondo ricerche recenti anche mie, che abbia importanza la assenza nel mais di principî solubili in alcool, presenti negli organi animali freschi e nei vegetali, principî correttori che secondo la dottrina di Funk rientrerebbero fra le vitamine. Bastano infatti minime quantità di verdure aggiunte al mais per attenuarne singolarmente gli effetti deleteri, quantità come gr. 10 di cavolo al giorno o, secondo una comunicazione recentissima di Sandwith (*Lancet,* 22 ott. 1915), anche molto meno. Inoltre secondo importanti recenti ricerche di Baglioni le cavie a mais soffrono per deficiente assunzione di acqua, per abnormi fermentazioni intestinali ed offrono un profondo mutamento metabolico nel senso di una vera acidosi. Esse offrono spesso lesioni tiroidee e, come io ho visto, un *deficit* di adrenalina nelle loro surrenali. Insomma il mais produce un vero e proprio quadro morboso per cui le cavie muoiono in poche settimane. Di tutti i fatti sperimentali del campo pellagrologico, questo, della produzione di un maidismo sperimentale, è il più costante e sicuro.

Tutti questi fatti quadrano bene colla teoria maidico-alimentare della pellagra, lasciando ancora aperta la questione della presenza di vitamine antipellagrose, la cui assenza nel mais sarebbe causa della malattia, della loro distribuzione nel chicco di mais, dei loro rapporti colle vitamine antiberiberiche e antiscorbutiche. Io inclino molto a vedere nell'azione patogena del mais un risultato convergente di cause e fattori diversi; il mais è un alimento poco nutriente in genere, male digeribile, e assai di vero c'è nella dottrina ipoalimentare del vecchio Lussana; ma penso anche che vi manchino principii speciali alcool-solubili, che per ora chiameremo *vitamine,* la cui presenza nei cibi è necessaria per il funzionamento normale del ricambio, specialmente del sistema nervoso, cutaneo, osseo. La pellagra sarebbe, almeno in parte, una *avitaminosi,* nel senso di Funk, assai vicina allo scorbuto, cui somiglia un po' clinicamente, tanto che fu anche chiamata scorbuto di montagna. La pellagra ad ogni modo rientrerebbe, secondo le più moderne ricerche, nelle malattie da deficienza ali-

mentare, non nelle infezioni o nelle intossicazioni: si diventa pellagrosi, dice il Sandwith, per ciò che non si mangia, non per ciò che si mangia.

Che dire dunque delle teorie parassitarie? Nessuno ha mai visto con sicurezza protozoi negli organi interni dei pellagrosi; i pretesi rapporti fra distribuzione della pellagra e distribuzione di certi insetti ematofagi vengono sempre più messi in dubbio da autorevoli studiosi; *nessuno* ha mai comunicato la pellagra facendo pungere dei sani da insetti o inoculando sangue di pellagrosi (ho anch'io delle esperienze negative): la teoria di Sambon va diventando sempre meno verosimile. In quanto al Tizzoni, le conferme della esistenza del preteso bacillo patogeno sono scarse, i risultati negativi invece numerosi.

Se poi ci volgiamo alla teoria idrica di Alessandrini e Scala, anche qui si naviga nella incertezza: il Sandwith nel citato lavoro obietta per es. che le acque in Egitto, paese pellagroso, non sono davvero argillose.

Tutto considerato, le teorie maidico-alimentari hanno più fatti in loro favore; e nulla c'è nella storia, nella epidemiologia e nella clinica di questa malattia che non si possa spiegare con quelle teorie. Non dico che il problema sia risolto: occorrono nuove e profonde ricerche e dati più sicuri, ma allo stato attuale delle nostre cognizioni è quello l'indirizzo più fidato e questa è la concezione che a me (ed a molti altri) pare più verosimile.

Alla profilassi e cura della pellagra dunque provvederemo, meglio che andando a caccia di pretesi parassiti, col propugnare una riforma della alimentazione popolare: rendere questa svariata, ridurre il consumo di polenta e pane giallo, accentuare la cultura e conseguente consumo di patate e legumi, favorire l'industria del cacio, del latte, delle uova; togliere insomma i contadini dalla loro miseria alimentare. I medici condotti nelle zone pellagrose molto bene possono fare colla propaganda in questo senso, specialmente nell'attuale crisi economica. Se il costo elevato del frumento dovesse favorire l'uso del mais solo senza sufficienti correttivi, vedremmo probabilmente aumentare la pellagra; se invece le classi popolari sostituiranno il meno di pane e carne che mangeranno non con polenta, ma con verdure, latticini, carni di animali poco costosi (coniglio), il che, dato l'alto costo del mais stesso, è probabile, la pellagra non crescerà e l'Italia escirà dalla guerra senza questo pericolo, vittoriosa anzi *anche* della pellagra.

Dottor PIETRO RONDONI, *Aiuto nell'Istituto di patologia generale, Professore incaricato di batteriologia* - Firenze.

(4)

# SUNTI E RASSEGNE.

## MEDICINA.

### Le splenomegalie accompagnate da anemia.

(E. H. KRUMBHAAR, *The American Journal of the medic. Scien.*, agosto 1915).

Il primo che intravide un rapporto tra il cronico tumore di milza e certi stati di anemia, che costituiscono le così dette anemie spleniche, fu Grethel della clinica di Griesinger 48 anni or sono. Egli descrisse il caso di un bambino di 10 mesi sofferente di diarrea e grave anemia accompagnato da notevole tumore di milza e meno pronunziato ingrossamento del fegato e delle glandole linfatiche; l'esame del sangue dimostrò che non v'era sproporzione numerica tra i globuli rossi e bianchi, e quindi non poteva trattarsi di leucemia. Cinque anni dopo Wood descrisse una « varietà splenica » di pseudoleucemia, anche essa caratterizzata da tumore di milza e grave anemia senza leucocitosi. Successivamente ne furono indicati parecchi altri casi, ma solo verso la fine dello scorso secolo la malattia acquistò entità clinica e se ne distinsero alcune varietà.

I tipi ben definiti dell'anemia splenica sono quelli di Gaucher, di Banti, di Iaksch, Hayem-Widal e Chauffard-Minkowski.

*Malattia di Gaucher.* — Questa varietà, nota sotto il nome di splenomegalia a grosse cellule fu probabilmente la prima ad essere bene individuata in rapporto al caratteristico quadro anatomico. Essa fu descritta da Gaucher nel 1882, che la considerò dapprima come un epitelioma primitivo, poi si riconobbe che il tumore non aveva caratteri di malignità. La diagnosi anatomica riesce facile per la presenza nella milza, nelle glandole linfatiche ed anche nel fegato delle caratteristiche cellule a forma vescicolare con nucleo piccolo ed eccentrico. La malattia comincia insidiosamente pochi mesi dopo la nascita ed anche nella fanciullezza inoltrata (ordinariamente prima dei tredici anni) ed ha un decorso cronico (in media fino a vent'anni). Per lo più esiste nella storia familiare qualche caso di questa o di altra varietà di splenomegalia. Per un certo tempo la malattia decorre senza produrre alcun disturbo nell'infermo fino a quando non appare ben evidente l'anemia ed una marcata tendenza alle emorragie sottocutanee e sottomucose.

Queste per altro non sono fatali, perchè d'ordinario quella che determina la morte è una malattia intercorrente. Il sintomo più importante e talora il primo a manifestarsi è il progressivo

ingrandimento della milza, che può raggiungere proporzioni mai viste in altre malattie, ed occupare quasi del tutto la cavità addominale. Come nella malattia di Banti le alterazioni del sangue non sono molto caratteristiche. L'anemia di tipo clorotico talora non è molto grave (anche nei casi avanzati la media dei corpuscoli rossi è di 3,700,000); ordinariamente esiste leucopenia. I gangli linfatici superficiali non sono ingrossati ed è molto raro l'ittero e l'ascite. L'ingrandimento del fegato, che segue quello della milza, può assumere anche esso notevoli proporzioni. La cute assume un colorito bruno-pallido, le congiuntive specie ai lati della cornea diventano giallastre. L'etiologia della malattia è ancora dubbia: si è escluso che trattisi di un neoplasma maligno e si è ammesso, per quanto senza darne le prove, che l'affezione dipenda dall'azione di tossine endogene, di enzimi splenici ed anche di agenti infettivi. Niemann ha recentemente descritta una sindrone simile a quella di Gaucher, dalla quale si distinguerebbe unicamente per la rapidità del decorso della malattia che in pochi mesi conduce a morte l'infermo.

*Malattia di Banti.* — Questa malattia colpisce ordinariamente individui giovani ed anche adulti in perfetta salute, ha un decorso cronico e sintomatologicamente può dividersi in tre periodi: Il primo periodo, detto anche preascitico, che dura di solito parecchi anni, è caratterizzato da debolezza e pallore progressivi con disturbi digestivi e dolori addominali che possono per i primi richiamare l'attenzione sull'ingrandimento della milza, che è pure liscia e dura. Talora c'è già una tendenza all'emorragie con una discreta anemia a tipo clorotico, che per altro non ha nulla di caratteristico: l'aumento dell'urobilina è il solo segno dell'aumentata distruzione dei globuli rossi, la cui resistenza rimane invariata e talora anche aumentata. E' presente pure una leggera leucopenia. Il secondo periodo, che dura solo pochi mesi, è caratterizzato dalla scarsezza dell'urina fortemente colorata dall'urobilina, da accessi di dispepsia e di diarrea con lieve ingrandimento epatico. Nel terzo periodo si hanno i sintomi della cirrosi, asciti indolori, intercorrenti, eventualmente leggera itterizia, impicciolimento del fegato, anemia progressiva e grave deperimento. La malattia termina dopo pochi anni con una emorragia grave o con una infezione intercorrente. I due primi di questi periodi sono identici all'anemia splenica degli adulti. Bisogna ad ogni modo notare che non sempre riesce facile distinguere nettamente le tre fasi della malattia.

Gibson ha attribuito la causa della malattia di Banti ad un'infezione streptotricea; Yates, Bunting e Kristianson ad un bacillo difteroide; Edens, Goldmann ad una trombosi della vena porta o della splenica; Banti ad una tossina infettiva o ad una sostanza trasformata in splenotossina dall'alterato metabolismo della milza. I risultati della splenectomia dimostrano certo che il fattore etiologico sta nella milza stessa.

Il quadro anatomo-patologico della malattia di Banti è il seguente: l'ingrandimento della milza è dovuto al tessuto fibroso capsulare ed interstiziale, che stringe nelle sue maglie la polpa ed i follicoli. Questi, specie negli stadii avanzati, sono scarsi e piccoli. Si trovano infine altre note dimostranti l'intensa distruzione globulare. Le alterazioni del fegato sono quelle che si riscontrano ordinariamente nella cirrosi periportale.

*Malattia di Iaksch.* — L'anemia pseudoleucemica dei bambini di von Iaksch non è con tutta probabilità una vera entità nosologica.

Essa forse rappresenta una manifestazione atipica di malattie primarie del sangue (leucemie, anemia, perniciosa, anemia secondaria a rachitide, a sifilide, o tipi precedentemente non noti di ittero emolitico).

Secondo il quadro datone dall' A. la malattia si manifesta in bambini di uno o due anni con un intenso grado di anemia, con caratteri ematologici simili a quelli dell'anemia perniciosa. La milza liscia, dura, è straordinariamente ingrandita, mentre il fegato, in contrasto a quel che succede nella leucemia dei bambini, è leggermente ingrandito. Benjamin ha recentemente trovato presente la rachitide in tutti i casi da lui esaminati ed ha quindi proposto il nome di « rachitide megalosplenica ».

*Malattie di Hayem-Widal e di Chauffard-Minkowski o ittero emolitico.* — L'ittero emolitico acquisito e quello congenito o familiare, con splenomegalia sono dagli americani indicati semplicemente come ittero emolitico o ittero familiare cronico. Le due forme però hanno differenze caratteristiche e importanti, per cui è giusto considerarle come due entità cliniche distinte. Furthermore, Widal, Abrami e Brulé hanno sperimentalmente dimostrato che le due malattie hanno una differente origine.

I sintomi cardinali dell'ittero emolitico sono: tumore cronico di milza, itterizia non dipendente da ostruzione delle vie biliari, mancanza di bile nelle urine, anemia frequentemente a carattere parossistico e d'intensità molto variabile. L'aumento della distruzione del sangue è indicato dal sensibile aumento dell'urobilina nelle urine e da varie caratteristiche alterazioni del sangue. I corpuscoli rossi dimostrano una diminuzione di resistenza alle soluzioni saline ipotoniche, e nella forma acquisita esiste il fenomeno dell'autoagglutinazione degli eritrociti. Il siero di sangue raramente contiene auto o isoemolisine.

Nella forma congenita i soggetti, come osserva Chauffard, sono « più itterici che malati ». Frequentemente essi consultano il medico per altre malattie e considerano la loro cronica itterizia come una idiosincrasia familiare che non altera il perfetto stato di salute. La forma acquisita d'altra parte si manifesta con un malessere improvviso, l'anemia diviene sempre più grave (i globuli rossi discendono talora fino a 1,000,000) e l'individuo è sempre più anemico che itterico.

Sono stati descritti casi nei quali uno stato apparentemente identico all'ittero emolitico acquisito si manifestò in conseguenza di malaria, sifilide ed altre infezioni e perciò si è ritenuto che detto tipo fosse in rapporto ad una intossicazione più o meno oscura.

Nei detti casi i segni dell'eccessiva distruzione del sangue scomparvero con la cura della infezione causale. La forma familiare d'altra parte appare come una distrofia ereditaria del sistema emopoietico, che rende le cellule ematiche più facilmente distruttibili.

Malgrado le su accennate differenze tra il tipo acquisito e quello congenito non mancano autori che ne sostengono la completa identità.

Per quel che riguarda la patogenesi di queste forme bisogna scartare innanzi tutto una causa epatica o luetica. Non rimane quindi che attribuire l'affezione o a una lesione primitiva del sangue, una distrofia dei corpuscoli ematici, o ad una alterazione primitiva o indiretta della milza, un aumento della sua attività emolitica. Widal con la sua scuola ritiene che i corpuscoli rossi congenitamente poco resistenti sono distrutti in circolazione e che i loro residui si riversano nella milza, nel fegato, nei reni e nel midollo osseo. Ora principale obbiezione a questa teoria è che la splenectomia determina un notevole miglioramento dello stato morboso. Minkowski fu il primo ad intravedere un aumento dell'attività emolitica della milza. Banti sostiene che la milza alterata non solo distrugge una gran quantità di emazie, ma ne prepara sempre in gran copia per ulteriore distruzione.

Questa teoria benchè sia basata su fatti non ancora bene assodati, pure sembra la più accettabile. L'emoglobina liberata dai corpuscoli rossi si trasforma in pigmento biliare senza che perciò vi sia bisogno dell'intervento del fegato: Wipple ha recentemente dimostrato che la bilirubina si può formare per la sola azione dell'endotelio vasale interamente isolato dalla circolazione epatica. D'altronde che l'ittero non dipenda da una ostruzione dei dotti escretori della bile è dimostrato dal fatto che le vie biliari all'autopsia non furono mai trovate ostruite, che le feci conservano il loro colore normale e che l'urina non contiene bilirubina.

E' interessante il fatto notato da Banti che nei casi aplastici o anemopoietici la splenectomia eccita il potere rigenerativo del midollo delle ossa come è dimostrato dalla presenza di normoblasti nel sangue circolante. Ciò indicherebbe che con la milza è stata allontanata una tossina che ostacola la formazione del sangue e che la diminuzione della resistenza dei globuli rossi nell'ittero emolitico sarebbe dovuta non all'azione emocatatonica della milza ma ad una alterazione indiretta del midollo delle ossa.

I criteri fondamentali circa il trattamento di queste forme si sono in questi ultimi anni radicalmente modificati. Chauffard sulla scorta dei casi di Vaquez e Giraux, nei quali la morte seguì due giorni dopo la splenectomia, affermò che l'ittero emolitico costituisce per i chirurgi il « noli me tangere ». I raggi x, l'opoterapia di midollo di osso, i colagoghi sono stati esperimentati invano. Widal ottenne un certo miglioramento con lunghe cure di preparati di ferro. Fondandosi sulle proprietà antiemolitiche dell'arsenico, della colesterina, del cloruro di calcio sono state tentate cure con questi medicamenti e se ne è ottenuto qualche vantaggio, verisimilmente dovuto all'aumento della resistenza degli eritrociti. Micheli nel 1911 tentò con molto successo la splenectomia; il numero dei corpuscoli rossi raggiunse quasi il normale, scomparvero l'ittero e l'urobilinuria, la diminuzione di resistenza dei corpuscoli rossi scemò pure ed il paziente in due mesi sembrava presso che guarito.

Analoghi risultati ottenne Banti in due casi di splenomegalia emolitica, che l'A. ritiene identici alle forme acquisite d'ittero emolitico, e successivamente anche in forme familiari furono ottenuti da Antonelli, da Castello, Kahn, Laukhout, Fiori ed Eppinger.

Tenuto conto di tali soddisfacenti risultati e delle analogie dell'ipertiroidismo, un analogo trattamento dovrebbe tentarsi nella cirrosi ipertrofica e nell'anemia perniciosa.

DRAGOTTI.

## CHIRURGIA.

### Tubercolosi della vulva.

(KENNETH BULKLEY. *The Am. Journal of the med. Scienc.*, apr. 1915).

Dalla scoperta di Koch in poi la letteratura pubblicata sulla tubercolosi è semplicemente enorme: ma alcune delle sedi più rare hanno avuto scarse illustrazioni: l'A. si propone di riferire su di un caso personale di tubercolosi vulvare e di raccogliere le varie notizie qua e là sparse sull'argomento.

Donna di 41 anni, vista la prima volta nel 1913, ottobre. Il marito ha tubercolosi polmonare ma senza nessuna lesione genitale. Parto normale e figlio sano 22 anni prima; aborto di 5 mesi 7 anni or sono; 5 anni fa notò una piccola zona ruvida sulla superficie interna delle piccole labbra: tale lesione andò progredendo, senza dare disturbi, salvo dolore nel coito. Mestruazioni normali. Molti tentativi di cura non operatoria fallirono. Secrezione vaginale moderata ma persistente. Nel 1911 si sviluppa una tubercolosi polmonare trattata in sanatorio, donde la p. fu dimessa come guarita: nell'anno scorso non sintomi polmonari.

L'esame fisico non rivelò nel resto del corpo nulla di notevole, tranne una ottusità relativa e un lieve aumento del fremito, ad ambedue gli apici. Lo stesso si dica per l'esame ginecologico interno e anale. Il piccolo labbro sinistro è sostituito da un'ulcera a maggior asse anteroposteriore: si estende un po' sulla parete vaginale corrispondente e anteriormente raggiunge il vestibolo e il meato uretrale. Non ipertrofia e indurimento attorno all'ulcera: la superficie ulcerata è irregolare, ben delimitata, scarsamente nutrita; il suo fondo è costituito da tessuto di granulazione irregolarmente disposto, grigiastro, edematoso, non facilmente sanguinante, non sensibile, coperto di muco misto a modica quantità di pus.

In base ai precedenti tubercolari, alla durata della lesione, all'assenza di qualsiasi aspetto epiteliomatoso, all'esito della Wassermann, che fu negativo, si fece diagnosi di ulcera tubercolare e si decise l'escissione. La quale fu eseguita il 24 ottobre 1913, asportando grande e piccolo labbro e tessuti circostanti, fino a uretra e retto, che rimasero illesi; perineorafia; guarigione per prima.

Un mese più tardi, piccola recidiva sotto forma di ulcera all'estremità uretrale della linea di sutura: questa migliorò (come del resto anche le condizioni generali della paziente) con applicazioni locali di nitrato d'argento al 10 %. Il 24 febbraio 1914 si eseguì una cauterizzazione al Paquelin. Disgraziatamente da allora la paziente non fu più esaminata: secondo quanto fu riferito da lei e dal marto, si notò nelle condizioni locali un miglioramento progressivo: ma già due settimane dopo la cauterizzazione insorse una febbre serotina, senza che segni fisici potessero giustificarla, e l'8 aprile si aveva la morte, dovuta, secondo il giudizio dei medici curanti, a tubercolosi miliare acuta; non fu potuta eseguire l'autopsia: la lesione vulvare aveva presentato un progressivo costante miglioramento.

L'esame microscopico del frammento asportato dimostra un'ulcera la cui base è costituita da tessuto di granulazione infiltrato di piccole cellule rotonde e di leucociti polimorfonucleati; nei tessuti sottocutanei profondi, numerosi e tipici tubercoli miliari. Notevole aumento di numero e dimensione dei vasi sanguigni. Non si riscontrano bacilli di Koch (probabilmente perchè il pezzo fu conservato per 6 mesi in alcool).

***

CENNI STORICI. — La tubercolosi degli organi genitali femminili fu praticamente ignorata fino a che Morgagni, nel 1771, scoprì all'autopsia e descrisse un caso di tubercolosi delle tube e dell'utero. Una tale osservazione non destò grande attenzione, e per trovare un altro caso bisogna giungere fino a Raynaud nel 1831: è questo il primo caso citato di tubercolosi della vagina.

Nel 1849 Huguier crea il termine improprio di «estiomene». La popolarizzazione dell'argomento spetta a Hegar nel 1886. Ma la tubercolosi della vulva non destava attenzione speciale: i primi casi indubbi furono riportati nel 1881, indipendentemente, da Cayla e da Winkel, ma da allora ad oggi se ne trovano parecchie monografie, quasi tutte citate nell'articolo che ora riassumiamo.

FREQUENZA. — Non ci è dato stabilirla che con criteri indiretti. Sommando le statistiche riportate da varî AA., troviamo che su 633 casi di tubercolosi genitale in nessuno era coinvolta la vulva: considerando il fatto che la tubercolosi genitale si riscontra in circa il 2 % dei casi che vengono all'autopsia, dobbiamo ammettere che la lesione specifica della vulva è estremamente rara.

Contrariamente all'opinione di Bonnin (maggior frequenza nell'infanzia), l'A. dimostra con una tavola diagrammatica, desunta da 72 casi, che tale affezione è più comune negli anni della maggiore attività sessuale: 12 % nei primi 5 anni di vita, quasi 17 % prima del 10° anno; quasi nessun caso fra i 10 e 15 anni; 1/3 dei casi fra i 25 e i 40; poi continua decadenza.

PATOGENESI. — Come in ogni tubercolosi, il bacillo di Koch ne costituisce la *conditio sine qua non.* L'infezione può esser locale o generale: quest'ultima non ci interessa riguardando le forme di tubercolosi generalizzata. Le cause locali possono esser riunite in due gruppi: infiammatorie e traumatiche.

Il trauma è fattore che tende ad acquistare sempre maggiore importanza nella localizzazione dell'infezione. Esso si dimostrò indispensabile nelle ricerche sperimentali. Ma anche clinicamente esso si trova citato e si può supporre

nella maggior parte dei casi. Come dice Bonnin « il traumatismo lieve o grande, evidente o sconosciuto, appare, dopo tutto, come necessario per lo sviluppo di lesioni tubercolari nella regione della vulva ».

Anche l'infiammazione ha una parte importante, secondo alcuni AA., come fattore predisponente: vaginiti semplici, vulvovaginiti gonococciche, manifestazioni luetiche locali, ecc.: è da notare che in una discreta proporzione della serie di casi raccolti si trattava di prostitute.

*Modi d'infezione.* — La maggior parte degli AA. distingue tre gruppi: tubercolosi vulvare primitiva semplice, tubercolosi vulvare primitiva per autoinoculazione, tubercolosi vulvare secondaria: l'A. mantenendo il primo gruppo riunisce gli altri due in uno solo che chiama tubercolosi vulvare secondaria.

*Tubercolosi vulvare primitiva.* — È la forma più rara ma certamente provata, sia sperimentalmente (Popoff e Gorowitz), sia clinicamente: 9 casi su 47 di Mosler, 27 su 119 di Spacth. Le vie d'infezione indicate sono assai varie: coito, masturbazione, abiti, pessarî, bagni, toletta, ecc.: probabilmente le più frequenti sono il coito e lo sputo. Tale via, se in alcuni casi non è rintracciabile, in altri appare evidente, senza che per questo si possa stabilire una classificazione. Molti dati sperimentali e clinici sono stati accumulati in favore dell'ipotesi che la tubercolosi, locale o generale, possa essere trasmessa col coito dal maschio, anche se questo non abbia tubercolosi genitale. Ma qui, come altrove, ha notevole importanza la predisposizione locale e generale, data la frequenza di tubercolosi dell'epididimo e della prostata negli uomini, la grande rarità della tubercolosi vulvare nelle donne (anche per osservazioni su mariti e mogli rispettivi). Alcuni AA. pensarono in base a questo fatto che la tubercolosi vulvare fosse una infezione discendente, ma Murphy richiamò l'attenzione sul fatto che lo sperma di solito è depositato oltre la vulva, nella vagina.

Cohnheim per primo suppose che la tubercolosi genitale possa esser trasmessa col coito. Dopo di lui non mancarono le conferme a questa tesi, sia basate su prove sperimentali, sia su casi clinici. Poi Verneuil fu il primo a sostenere che un individuo tubercoloso senza lesioni genitali è in grado di trasmettere il bacillo col coito, e le osservazioni di altri AA. confermano questa veduta: fra le numerose citazioni dell'A. ricordiamo solo Foà che riuscì a trovare il bacillo nello sperma di uomini morti di tubercolosi ma senza lesioni genitali.

Fra i casi raccolti dall'A. ve n'è un certo numero in cui è razionale supporre che l'infezione fu prodotta col coito.

*Tubercolosi vulvare secondaria.* — In questa la trasmissione del bacillo può avvenire o all'esterno o all'interno dell'organismo. Nel primo caso si parla di tubercolosi vulvare primaria per auto-inoculazione: si ha in quegli individui che hanno un focolaio tubercolare (polmonare, osseo) donde i bacilli vengono portati alla vulva con mezzi esterni (dita, abiti, biancheria da bagno, ecc.): molti AA. considerano questa come la più importante via d'infezione.

Il secondo gruppo comprende quei casi in cui il passaggio del bacillo dal focolaio preesistente alla vulva avviene nell'interno dell'organismo. Qui si hanno quattro possibili vie d'infezione: ematogena, linfatica, contiguità di tessuti, continuità di superficie.

a) *Ematogena.* Generalmente ammessa ma poco dimostrata nella letteratura. Fiocco e Levi pensano che essa sia specialmente frequente nei casi di enterite tubercolare.

b) *Linfatica.* Questa via per ragioni anatomiche deve essere rara: praticamente è la più difficile a essere distinta dall'infezione per contiguità di tessuti.

c) *Contiguità di tessuti.* Questa classe raccoglie più casi che le due precedenti. L'estensione diretta di ulceri tubercolari vaginali così da includere la vulva è la forma più comune a incontrarsi; dopo di questa troviamo la propagazione diretta da lesioni tubercolari del retto: qui la lesione vulvare può presentarsi come ulcera o come fistola; occasionalmente si può avere propagazione da lesioni tubercolari della pelle; eccezionale è un caso descritto da Dambrin e Clermont in cui si trattava di un ascesso freddo proveniente da una osteite tubercolare del pube.

d) *Continuità di superficie.* Tale gruppo comprende quei casi in cui il bacillo è portato da secrezioni provenienti o dal sistema urinario o dal sistema genitale sopravulvare o dalle feci. Tutte e tre queste vie però non debbono essere frequenti come si presume dalla rarità della tubercolosi genitale, che abbiamo già visto, e anche da quella del rene e vescica: sui 72 casi raccolti dall'A., lesioni dei genitali interni sono menzionati nove volte, del rene tre volte, della vescica una volta, dell'intestino quattro e del retto cinque volte.

SINTOMI E FORME CLINICHE. — La tubercolosi della vulva si presenta clinicamente sotto varî aspetti che l'A. ritiene possano esser riuniti nella seguente classificazione: 1° ipertrofia con ulcerazione; 2° ipertrofia senza ulcerazione; 3° ul-

cerazione senza ipertrofia; 4° tipo di lupus; 5° fistole e ascessi. Prima di esaminarli singolarmente ricordiamo in breve i segni e sintomi comuni a tutti.

Fatti generali lievi, e nella forma primaria quasi trascurabili: negli altri casi sono in proporzione diretta al grado di lesione di altri organi. Localmente: fatti subiettivi assai lievi finchè la lesione non è avanzata: bruciore, prurito. Con l'ulcerazione, specie se estesa alla vagina, il primo sintoma può essere la leucorrea o il bruciore nella minzione; il dolore di solito non è intenso, eccetto, talora, nel coito. Sintomi funzionali mancano se non sono interessati i genitali interni o il sistema urinario. L'A. non ammette come vogliono alcuni la presenza costante dell'ipertrofia.

1° *Ipertrofia con ulcerazione.* — È la forma più comune. Si discute se l'ipertrofia preceda l'ulcerazione o viceversa o se si stabiliscano di pari passo. L'ipertrofia può interessare il grande labbro, il piccolo labbro, il prepuzio della clitoride; di un lato o di ambedue. Può trattarsi di un edema o di una netta iperplasia; probabilmente si inizia nella prima forma e gradualmente si trasforma nella seconda. Nel semplice edema la superficie appare liscia, scolorita o no, a margini mal definiti, a consistenza molle. Nell'iperplasia essa invece ha apparenza ruvida, ha colorito rosso scuro, limiti più netti, consistenza dura: corrisponde piuttosto alla tubercolosi elefantiasica dei tedeschi; è quasi sempre indolore.

Associata con l'ipertrofia, l'ulcerazione varia di dimensioni da una testa di spilla a una vasta perdita di sostanza. È frequente sulla superficie interna delle grandi e piccole labbra, ma può trovarsi dovunque: sede assai comune è vicino allo sbocco uretrale. Può essere unica o multipla: probabilmente la prima deriva dalla fusione di più ulceri. I margini sono irregolari, netti, talvolta scavati. Il fondo, che di solito non si trova a più di 2-3 mm. dalla superficie, è costituito da tessuto di granulazione, grigiastro, edematoso, difficilmente sanguinante: su di esso si trova abbondante secrezione siero-purulenta; non è sensibile al tatto. I gangli inguinali sono spesso ingrossati o per l'infezione specifica o per adenite suppurativa concomitante.

2° *Ipertrofia senza ulcerazione.* — Straordinariamente rara. L'aspetto è come quello sopradescritto, senza l'ulcera. L'ipertrofia è, dovuta di solito a iperplasia e non a edema.

3° *Ulcerazione senza ipertrofia.* — Alcuni scrittori negano l'esistenza di questo tipo, ma l'A. sullo studio dei casi raccolti si è convinto che l'ipertrofia non è sempre presente, specialmente nell'infanzia. L'esame obiettivo rivela delle ulcerazioni simili a quelle descritte.

4° *Tipo di lupus.* — Il lupus volgare, così frequente sulla faccia, è rarissimo alla vulva. Del resto l'aspetto in questa regione differisce assai poco da quella che il lupus assume nelle altre sedi, se si fa eccezione della più frequente e precoce ulcerazione: tubercoli brunastri, profondamente situati, a tipo di « scorza di mele ». In alcuni casi la lesione può presentarsi come una semplice leucoplachia. Probabilmente a questo gruppo appartengono in altri stadî le forme del gruppo precedente.

5° *Fistole e ascessi.* — Talvolta dei focolai tubercolari vicini alla vulva rammollitisi per trasformazione caseosa o per infezione secondaria, cercando un'uscita al loro materiale di fluidificazione, si fanno strada attraverso un labbro vulvare, costituendo un seno fistoloso o un ascesso: la loro natura tubercolare può esser determinata sia dalla scoperta del focolaio primitivo, sia dalla natura delle granulazioni che rivestono la parete, sia dalla presenza di bacilli tubercolari nella secrezione.

PATOLOGIA. — Da una tavola delle differenti parti della vulva affette si desume che lo sono di gran lunga più frequentemene le grandi e piccole labbra, spesso associate; la lesione è più spesso unilaterale. Come altro organo, la cui infezione tubercolare più frequentemente si associa a quella della vulva, troviamo il polmone e poi il tratto genitale superiore (nell'articolo è riportata anche su questo argomento una tavola completa).

Nel descrivere l'*anatomia microscopica* è opportuno distinguere le lesioni in due tipi: profonde e superficiali: appartengono alle seconde, forme cliniche che assumono l'aspetto del lupus, alle prime tutte le altre. Nella forma profonda l'epitelio quando non è ulcerato è talvolta perfettamente normale, talvolta ispessito e cornificato; nel derma possono trovarsi accumuli di plasma-cellule con o senza cellule giganti nel centro; ma le lesioni più spiccate si hanno nel tessuto sottocutaneo e sottomucoso: infiltrazione diffusa, spesso con cellule giganti, fibre elastiche aumentate e tumide, dilatazione dei vasi sanguigni e degli spazi linfatici, eventualmente presenza di bacilli di Koch. Col progredire queste lesioni raggiungono la superficie e danno luogo all'ulcerazione, che può esser parziale, per lo più centrale: il che conferma l'ipotesi di alcuni AA. che la forma ipertrofica rappresenti una ulcerazione arrestata (probabilmente per l'ispessimento e la cornificazione dell'epitelio) ed è in realtà lo stadio preulcerativo dell'ipertrofia con ulcerazione.

Nella forma superficiale (a tipo di lupus) le lesioni sono limitate agli stati superficiali: esse non differiscono dal quadro ben noto del lupus nelle sue localizzazioni più comuni.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE. — Le lesioni che possono mentire una tubercolosi vulvare sono acute e croniche.

Fra le acute ricordiamo: la vulvo-vaginite gonococcica, la difteria anogenitale, le ulcerazioni occasionali degli esantemi acuti, la gangrena della vulva delle febbri eruttive, la bartolinite acuta, le ulceri acute fagedeniche e rotonde. La rapidità dell'inizio, la presenza di altri fenomeni locali o generali, l'esame batteriologico del secreto sono più che sufficienti per la diagnosi differenziale.

Questa si presenta molto più difficile nelle lesioni subacute e croniche: l'uso del termine ibrido « estiomene » prova già questo fatto.

La *sifilide della vulva* assume forme diverse: il sifiloma iniziale insorge acutamente, l'edema circostante è più esteso, l'indurimento della base più marcato, l'ulcerazione non così profonda, i bordi meno scavati, i gangli inguinali più tumefatti: l'esame microscopico del secreto può rivelare la presenza del treponemo. Nell'ulcera mista i caratteri infiammatori sono più evidenti. Le placche mucose sifilitiche si differenziano dalla leucoplachia tubercolare solo col reperto microscopico dello spirochete. Le lesioni sifilitiche secondarie tardive, e terziarie, di solito sono ulcerate e simulano la tubercolosi: anche qui l'unico criterio sicuro è l'esame microscopico. Per tutte queste forme poi l'argomento cruciale è il risultato positivo della reazione di Wassermann.

L'*ulcera venerea semplice* è frequente alla vulva: la caratterizzano: l'inizio acuto, il dolore e i caratteri di infiammazione, la tendenza allo sviluppo di nuove lesioni sulle superficî a contatto, la frequenza dell'adenite inguinale suppurativa, il reperto microscopico del bacillo di Ducrey.

L'*epitelioma della vulva* ha limiti netti, bordi dell'ulcera tagliati a picco: la biopsia è di valore diagnostico capitale.

Il *sarcoma della vulva* è raro, ulcerante solo a uno stadio avanzato, quando sono evidenti delle metastasi; negli stadî iniziali investe solo una parte della vulva.

La *Kraurosis vulvae* è lesione generalizzata e spiccatamente atrofizzante.

Esistono dunque molte alterazioni che possono simulare la tubercolosi della vulva: in molte di esse la diagnosi clinica è possibile, ma in definitiva l'ultima parola per tutte spetta all'esame microscopico del secreto o bioptico.

PROGNOSI. — Non è buona. Sui 72 casi raccolti dall'A. essa potè esser definita solo in 49: di questi, 21 (43 % circa) morirono e 28 (47 %) migliorarono: ma di questi ultimi molti furono perduti di vista poco dopo il trattamento: i veri risultati finali sono dati in così pochi casi che, probabilmente, la prognosi è peggiore di quello che appaia dalle cifre su riferite.

TRATTAMENTO. — Se il trattamento locale può variare nei diversi individui, non deve mai esser perduto di vista il trattamento generale: sul quale però non è qui il caso di insistere. Oltre alle consuete cure igienico-dietetiche l'A. consiglia anche la tubercolina (controindicata da tubercolosi miliare generale o polmonare acuta).

Il trattamento locale può essere palliativo o radicale. I risultati dei varî metodi sono dall'A. riassunti in una tavola. Le misure palliative variano in intensità, dall'uso di semplici polveri od unguenti emollienti, alla cauterizzazione con acidi minerali o col calore. L'efficacia degli antisettici locali è discutibile ed empirica: lo stesso iodoformio avrebbe un semplice effetto fibroplastico. La clinica dimostra l'inutilità di applicazioni locali non distruggenti: esse non possono penetrare alla profondità necessaria. Per la stessa ragione sono insufficienti i varii caustici acidi: mentre il termocauterio va classificato fra i metodi di cura radicali.

I mezzi radicali comprendono il raschiamento, la cauterizzazione col calore, l'escissione col termocauterio e l'escissione col tagliente.

Ricordando che tubercoli possono trovarsi anche distanti dai limiti apparenti della lesione, il raschiamento non può esser citato che per esser condannato: esso è più atto a diffondere che a curare la lesione.

Teoreticamente l'escissione col tagliente dovrebbe dare i migliori risultati, purchè raggiungesse i tessuti sani, ma ciò è spesso difficile senza serie mutilazioni degli organi vicini. È questo limitato campo operativo che è responsabile dei numerosi insuccessi del metodo che oltrechè da recidive locali è stato seguìto anche dallo scoppio di tubercolosi miliare generalizzata: quest'ultimo fatto sembra dovuto alla stretta vicinanza e quasi costante estensione del processo alla mucosa.

La termocauterizzazione, se portata sufficientemente in profondità, non solo asporta la lesione ma anche ostruisce i linfatici sì da impedire la disseminazione: tuttavia il suo uso è limitato dalla adiacenza di organi importanti, mentre se resta superficiale è priva di valore.

L'escissione col termocauterio sembra essere il metodo di scelta: con questo mezzo può essere esattamente determinato e aggredito il

limite della zona da escidere: si preferirà un tagliente sottile a una punta smussa.

Se le linfoglandole inguinali sono evidentemente infette, debbono essere asportate: ma, se tale evidenza manca, saranno lasciate in sito: la dissezione in blocco come per l'epitelioma della vulva non è necessaria.

ANTONIO SEBASTIANI.

### La sporotricosi mammaria.

(E. QUÉNU. *Revue de Chirurgie*, 1914, n. 5).

La sporotricosi mammaria è rara: soltanto pochi casi ne furono finora illustrati; ma forse altri sono stati confusi con affezioni di natura sifilitica o tubercolare, mancando fino ad oggi anche un abbozzo di quadro clinico di questa affezione morbosa.

L'A. dallo studio di un caso personale e dal confronto con gli altri pochi conosciuti trae le seguenti osservazioni: la sporotricosi colpisce generalmente soggetti di età avanzata, in cattive condizioni fisiche o con tare ereditarie; e coesiste di solito con altre lesioni sottocutanee multiple a forma gommosa, pur potendo manifestarsi prima delle altre alterazioni concomitanti.

La tumefazione mammaria da sporotricosi, dalla grandezza di un uovo di piccione può arrivare al volume di un pugno; si presenta in primo tempo sotto forma di un tumore duro, ineguale, aderente alla pelle, così da far inclinare alla diagnosi di neoplasma; ed assume successivamente la forma di un tumore elastico, più o meno liscio e mobile, senza aderenze alla pelle, così da far pensare ad una cisti del seno.

La mancanza di dati anamnestici positivi per la *lues* e dei caratteri proprî delle gomme cutanee e sottocutanee, la reazione di Wassermann, la sierodiagnosi di Widal e Abrami, l'inoculazione negli animali ed infine le culture ottenute dal liquido estratto con la puntura o da un frammento di tessuto varranno a indirizzare verso la diagnosi esatta.

Le lesioni istologiche ricordano quelle determinate dal processo tubercolare dal quale si differenziano solo per l'assenza di necrosi diffusa e di caseificazione: il trattamento curativo consiste nella somministrazione di preparati iodici, accompagnata dalla incisione e dal raschiamento dei focolai rammolliti.

L. G.

---

Pubblicheremo prossimamente:

RUSCA P., *Appunti casistici sulla patogenesi della steatonecrosi pancreatica.*

# LEZIONI.

### La malattia di Raynaud.

(O. T. OSBORNE. *The American Journal of the Medic. Scien.*, ag. 1915).

La malattia che porta il nome di Raynaud fu per la prima volta descritta nel 1837 da Brodie, ma il merito di averla identificata come entità nosologica spetta a Raynaud che nel 1862 ne descrisse parecchi casi sotto il nome di « gangrena simmetrica delle estremità ».

L'affezione è stata anche chiamata « asfissia o sincope locale » o più semplicemente « gangrena simmetrica ». Questo nome però è improprio perchè le manifestazioni sono frequentemente unilaterali. Il concetto di Raynaud che i sintomi locali sono determinati da uno spasmo dei capillari, che impedisce più o meno permanentemente la circolazione di una parte del corpo, è esatto. Le ulteriori ricerche hanno infatti confermato che non si tratta di una malattia primaria della parete dei vasi.

La sindrome può essere definita come un disturbo vascolare che provoca un anemia più o meno completa o una prolungata iperemia passiva di varie parti del corpo sia interne che esterne. Può esserci spasmo locale delle vene o delle arterie, o di tutte e due le specie di vasi. Quando sono contratte le arterie si ha una congestione a tipo cianotico, quando invece sono contratte le vene si ha una forte forma congestiva, che somiglia alquanto alla eritromelalgia.

Quando c'è lo spasmo totale di tutti i vasi si ha: dolore più o meno accentuato, senso di freddo al tatto, che talora dà l'impressione di congelamento, torpore, impotenza funzionale e disturbi trofici, come eczema, piccole flittene, bolle, ulcerazioni, suppurazione oppure gangrena, e caduta delle parti affette. Le articolazioni delle dita possono diventar dolenti ed infiammarsi e spesso si formano delle ulceri nelle vicinanze delle unghie e intorno o sotto a queste spesso si approfondisce la suppurazione. Le parti temporaneamente o periodicamente affette possono essere simmetriche durante un certo periodo, ma spesso i sintomi sono solo unilaterali. Lo spasmo dei vasi sanguigni può durare minuti, ore ed anche giorni.

La forma più semplice di questa malattia è rappresentata da un raffreddamento delle mani o dei piedi, o di un dito tanto delle mani che dei piedi ed allora si ha il cosidetto « dito morto ». L'ostacolo alla circolazione può colpire parecchie dita o tutta la mano o tutto il piede, il naso, un orecchio e non è escluso che vi possano essere anche gravi disturbi vascolari della

stessa natura negli organi interni. Il primo sintomo locale è il raffreddamento e l'anemia, con o senza dolore, seguìto talora da un'asfissia o da un oscuramento della parte, e più tardi può verificarsi un aumento della circolazione locale con arrossamento.

Nelle forme molto miti lo stato della parte è simile a quello che si ha nelle congelazioni con bruciore, prurito e successivamente con un senso di calore che segue al raffreddamento ed alla anemia della parte. Questi sintomi complessi possono verificarsi simultaneamente o succedersi in varie dita delle mani o dei piedi. Spesso compaiono pigmentazioni, macchie brune sulla cute di varie parti del corpo.

Molto più spesso di quel che non si riconosca, la sindrome è accompagnata da molteplici disturbi degli organi addominali e del sistema nervoso. Possono verificarsi spasmi dei vasi retinici, che determinano perdite temporanee della vista. Ed analogamente possono determinarsi perdita dell'udito e disturbi del gusto e dell'odorato sempre in rapporto a contrazioni vascolari. Così possono verificarsi perdita della parola, vertigini, disturbi psichici, sintomi epilettici e catalettici. Talora si hanno gravi, intense cefalee con sensazioni di calore alla faccia e vampe alla testa. I sintomi della menopausa dimostrano in forma mite queste instabilità vascolari.

È probabile che alcune forme di epilessia senza una evidente lesione causale siano una modalità della malattia di Raynaud. Al riguardo è interessante notare che in quei casi di epilessia i cui attacchi sono preceduti da un'aura è possibile far abortire l'accesso mercè l'inalazione di un vasodilatatore come il nitrito di amile.

La perdita temporanea della forza muscolare e le paralisi momentanee possono essere in rapporto con la vasocostrizione in alcune aree cerebrali. L'albuminuria temporanea o ricorrente, ed anche l'ematuria, possono essere provocate da uno spasmo improvviso seguìto da congestione dei vasi renali. In altre parole gli spasmi vascolari possono essere la causa di molti disturbi nervosi apparentemente gravi, e di disturbi degli organi addominali la cui patogenesi è rimasta finora inspiegata. Tali spasmi dei vasi dell'addome generalmente provocano dolori, dilatazioni, vomiti ed altri sintomi simulanti ogni specie di coliche.

Talora nella malattia di Raynaud compaiono edemi alla faccia o ad una o ad ambo le estremità, il che fa supporre la esistenza di un edema angioneurotico.

Possono verificarsi anche parossismi simulanti la febbre malarica, con brivido e consecutiva alta temperatura.

La malattia non è ad ogni modo un'entità patologica. Essa è causata da disturbi funzionali di parecchie glandole a secrezione interna specialmente della tiroide e delle surrenali e forse anche delle ovaie. È frequentemente associata all'isteria e a disturbi degli organi genitali femminili: così l'amenorrea non sempre, ma spesso è un elemento di questa sindrome.

Ovunque si presentino le manifestazioni della malattia pare che esse siano beneficamente modificate dai vasidilatatori, come la nitroglicerina. Sia che la malattia dipenda da una ipofunzione della tiroidea o delle ovaie, sia che dipenda da una iperfunzione delle surrenali, è certo che la somministrazione di estratto tiroideo produce generalmente benefici effetti.

Ordinariamente la diagnosi delle forme miti non presenta difficoltà, si tratta del «dito morto» e delle mani e piedi congelati. Parimenti facile è la diagnosi nei casi gravi in cui c'è gangrena di più parti di un'estremità, specialmente quando colpisce individui giovani ed è simmetrica. L'endo-artrite obliterante o l'arteriosclerosi avanzata si verifica solo in individui anziani, e più negli uomini che nelle donne, per modo che la diagnosi differenziale riesce generalmente facile. L'ostruzione embolica di alcuni vasi terminali con eventuale gangrena sarà dimostrata dalla storia di una precedente malattia infettiva acuta o da qualche vizio valvolare.

La sindrome di Raynaud colpisce per lo più le donne ed è sempre associata a disturbi che sono in rapporto alla disfunzione della tiroide. Essa è frequentemente accompagnata da amenorrea o da dismenorrea. Si verifica in tutte le età e non raramente colpisce i giovanetti.

La malattia con la quale riesce più facile la confusione e la eritromelalgia. Questa rara affezione fu per la prima volta descritta nel 1872 da Weir Mitchell che le diede il nome, che ne indicò i principali sintomi: rossore e dolore di un arto. La causa della malattia è sconosciuta, per quanto Mitchell l'abbia attribuita ad un'infiammazione delle terminazioni nervose. Può essere transitoria o intermittente, e determinare una maggiore o minore incapacità funzionale; non è influenzata da alcun trattamento. Nell'eritromelalgia i piedi sono più frequentemente affetti delle mani. I disturbi peggiorano nella stagione calda e migliorano nell'inverno. Talora pare che vi sia una correlazione tra la malattia di Raynaud e la eritromelalgia, mentre che tutte e due si verificano nello stesso soggetto, o almeno sintomi eritromelalgici possono essere presenti in un paziente di sindrome di Raynaud.

La diagnosi differenziale fra le due affezioni può essere basata sui seguenti criteri: la sin-

drome di Raynaud si verifica in tutte le età e prevalentemente nelle donne, è per lo più simmetrica; i disturbi aumentano col freddo, le parti lese sono più o meno anestetiche e pallide, o addirittura livide e possono essere fredde. D'altra parte l'eritromelalgia si verifica per lo più dopo l'età di venti anni, colpisce più gli uomini che le donne, è per lo più asimmetrica, migliora col freddo, le parti affette sono iperesteiche, rosse e calde.

La siringomielia presenta sintomi ben differenti da quelli del morbo di Raynaud come le paralisi, le atrofie muscolari, i caratteristici disturbi della sensibilità. L'unica somiglianza consiste nel fatto che anche nella siringomielia possono verificarsi perdite nelle estremità per disturbi trofici.

L'edema angioneurotico, un altro disturbo trofico, deve essere anche ricordato perchè esso può colpire individui già affetti da morbo di Raynaud. La cura dell'edema dà sempre risultati migliori di quelli che si ottengono nella sindrome di Raynaud e nell'eritromelalgia. La causa di detta affezione è probabilmente nel disturbo del sistema simpatico, causato forse da tossine analoghe a quelle che provocano l'orticaria e specialmente l'orticaria gigante. Si tratta verosimilmente di una reazione anafilattica.

Anche i leggeri avvelenamenti da ergotina possono sintomatologicamente rassomigliare al morbo di Raynaud.

È stato ripetutamente affermato che la terapia dell'affezione in parola dà sempre risultati poco soddisfacenti. Le esperienze dell'A. avrebbero dati altri effetti. Un trattamento inteso a stimolare o a correggere le funzione tiroidea ha dato sempre all'A. dei beneficî nell'andamento generale della malattia, come la nitroglicerina è sempre valsa a migliorare le condizioni locali.

DRAGOTTI.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## Un caso di malattia del Parkinson

pel dott. GIOVANNI AMORELLI RIZZUTO.

Mi accingo a pubblicare questo caso di malattia del Parkinson, non già per dire cose nuove, o pressochè tali, ma solo coll'intendimento di porgere il mio umile contributo alla statistica delle cause occasionali, che ordinariamente la producono, e a riferire, che anche le cure le più arrischiate non approdano a nulla, pel *quid ignotum* del vero sustrato anatomico.

Il carattere della *paralisis agitans* è un tremore continuo alle varie parti del corpo — solo durante la veglia — e una rigidità e permanente accorciamento in certi muscoli, che determinano una serie di speciali disturbi motori. Però dice bene il prof. P. Alessandrini nel suo aureo libro sulla malattia di Parkinson: «che la pecca di questa definizione consiste nel dare più importanza al tremore, che non all'ipertonia, ma sopratutto nell'ammettere una diminuzione della forza muscolare bruta, che in realtà, almeno nei primi stadii, non esiste. Questo errore del Parkinson fu fatto rilevare dallo Charcot, il quale sostituì la denominazione di *malattia di Parkinson* a quella di *shaking palsy*, perchè è l'ipertonia, non il tremore che ne costituisce il sintoma fondamentale».

Fin oggi poco ci è noto circa la vera causa di questa malattia, che sembra relativamente molto più frequente in Inghilterra e nell'America del Nord, che nel nostro continente; infatti, secondo una statistica del Sanders in Inghilterra o nel Galles si contano in media 22 casi di morte all'anno per paralisi agitante, 14 dei quali si riferiscono ad uomini ed 8 a donne.

Oltre a ciò abbiamo la statistica dell'Hammond, in cui dice che: «*sur les 25 cas que'j'ai en à traiter, 10 étaient apparemment dus à des causes morales, 4 à des travaux physiques excessifs; 4 à des maladies de différente nature; 2 à des traumatismes; et dans 5 cas la cause ne pouvait pas être reconnue*».

L'uniche cause occasionali, a cui addebitarla, prescindendo dalla ereditarietà, della quale non è stata fin'oggi dimostrata l'esistenza di una predisposizione (Ziemssen), sembra che siano le infreddature (Féré) e l'esporsi frequentemente alla pioggia, nonchè i forti patemi d'animo o traumi psichici.

Fino dal 1817, epoca in cui pel primo il Parkinson descrisse e differenziò tal morbo, varie e varie necroscopie cliniche su casi di paralisi agitante sono state fatte anche dall'Ollivier, Limon, Kühne, Lebert, Marshall-Holl, Stafella, Oppolzer, Skoda ed altri ancora, massime in Inghilterra, ove, come abbiamo detto precedentemente, ne muoiono circa 22 all'anno; intanto però fino oggi, anche cogli ultimi studii dello Charcot e Hammond, nulla ancora si sa di preciso intorno alla vera sede e natura del'alterazione anatomo-patologica.

Le idee in proposito sono discordanti, anzi discordantissime e basta dare uno sguardo al reperto anatomico fatto dallo

Ziemssen per vedere come per taluni vi sono stati dei casi, in cui non fu riscontrata alcuna alterazione del sistema nervoso, oppure soltanto delle lievi alterazioni nel midollo spinale, dovuto probabilmente alla involuzione senile; per altri in cui esistevano delle alterazioni esclusivamente nel cervello; per altri esclusivamente nel midollo spinale e per altri infine, in cui furono riscontrate dell'estese alterazioni tanto nel cervello, che nel midollo spinale e precisamente sotto forma di sclerosi. Degli altri ancora, per essere più precisi nelle loro ricerche miscroscopiche, son venuti a localizzare, oltre all'atrofia senile o senza di questa, delle affezioni circoscritte a focolaio in parte nel corno di Ammone (Chvostek), in parte nel talamo ottico (Leyden), in parte nel ponte di Varolio o nel midollo allungato (Parkinson, Jaccoud ed altri.

Lo Charcot intanto che ha praticato sei autopsie d'individui affetti da paralisi agitante, in tre il risultato delle sue ricerche fu negativo, negli altri tre l'alterazione era localizzata nel ponte di Varolio e nel midollo allungato, alterazioni che consistevano in piccoli focolai di sclerosi.

Intanto contro questi reperti anatomici positivi, stanno quelli del Petraens, dell'Ollivier, del Frerichs, descritto dal Kühne, del Joffroy, del De Grazia e del Philipp, i quali, malgrado il più scrupoloso ed attento esame macroscopico e microscopico, non poterono constatare alcuna alterazione patologica, non solo in punti dettagliati, come sarebbero il ponte ed il midollo allungato, ma anche in tutti gli altri punti del sistema nervoso centrale.

Or intanto oltre a questi differenti risultati di necroscopia, abbiamo del pari delle opinioni discrepanti. Così lo Charcot è venuto alla conclusione di fare della paralisi agitante una nevrosi, opinione che sempre sostenne, ritenendo financo, che la sedia vibratoria possa rendere utile servizio nella cura e ciò perchè crede che la malattia in parola non sia accompagnata di alcuna lesione orgnica.

Guglielmo Erb alla sua volta sostiene essere una forma la più grave ed ostinata del tremore, una nevrosi del tutto autonoma, che si manifesta in una maniera caratteristica e tipica, la cui sede e natura speciale ci sono tuttora abbastanza ignote, quantunque oggigiorno s'inclini a credere che si tratti di una affezione del cervello.

Il Dana ne fa pure una nevrosi cronica, che per una certa peculiare irritazione infiammatoria, avrebbe una causa, che non potrebbe essere che tossica, per cui ritiene essere una malattia tossico-cronica e guaribile cogli antisettici, infatti egli così si esprime: « forse nella paralisi agitante l'infezione primaria è rappresentata da un veleno autoctono, che ha punti di contatto con quello del reumatismo ».

La Strümpell, Schwenne, Queirolo, Blocq e Borgherini non sanno se la paralisi agitante sia una vera nevrosi o pure un'alterazione dei muscoli, come ultimo loro dubbio.

Per Williamson, Koller e Ktscher, dopo 14 necroscopie, d'individui affetti da paralisi agitante, la sede è nel midollo spinale per ispessimento, sclerosi od infiammazione diffusa, che prende punto di partenza dai vasi sanguigni e dalla pia madre. Il professore Fubini invece, fondandosi sulla teoria del Wan-Swieten, crede che la sede dell'alterazione anatomica nel morbo del Parkinson sia nella nevroglia spinale, manifestantesi sotto forma di *tremor coactus*.

Il Brissaud alla Salpètrière ha messo avanti un'ipotesi nuova sulla sede anatomica, corroborata da un caso di emiplegia parkinsoniana, descritta da Blocq e Marinesco e avvenuta per un tubercolo circoscritto, che, comprimendo il piano inferiore del peduncolo, aveva distrutto il *locus niger* di Sömmering. Egli così si esprime: « Siccome su tale centro ancora poco sappiamo sulla struttura e sulle alterazioni che può subire, chi sa per avventura non sia quello il sito pel centro del tono muscolare e per conseguenza la sede del substrato anatomico della malattia di Parkinson? ».

Ultimamente poi J. Gauthier pensa che la paralisi agitante possa essere considerata come una distrofia endocrina per una intossicazione endogena, che colpisce la reazione sottotalamica: da ciò l'esagerazione del tono muscolare, sintomo che riassume tutta l'affezione.

Or dopo tutto questo, facendo una critica di tutti i risultati di necroscopia e delle varie opinioni fin'oggi sostenute sulla paralisi agitante, appare chiaro che bisogna anzitutto trascurare, siccome privi di ogni importanza, quei casi, in cui fu riscontrata un'atrofia senile; dappoichè quest'ultima può indubitatamente verificarsi, senza che esistesse contemporaneamente il tremito. Per ciò che riguarda poi ad una lesione al ponte o alla parte superiore del midollo allungato, siccome punti di partenza della malattia, non nego che talune volte esisto-

no alcuni sintomi, come la glucosuria e dei reperti anatomici, i quali sembra che stiano in appoggigo di questo modo di vedere; ma dall'altra parte credo che una tale ipotesi stia in aperto e deciso contrasto con quei risultati anatomici, nei quali tutte quante le parti del cervello si mostrano perfettamente sane. A prova di ciò vi sarebbero le osservazioni del Larcher; il quale, in casi di sclerosi del ponte, ebbe a riscontrare un quadro morboso in tutto dissimile a quello della paralisi agitante.

In taluni altri casi infine, in cui sono state riscontrate dalle estese lesioni delle parti centrali del sistema nervoso, credo che non debbano considerarsi siccome casi di paralisi agitante; stantechè ad onta della maggiore o minore rassomiglianza col quadro sintomatico del morbo di Parkinson, pure sono d'attribuirsi completamente a veri casi di sclerosi multipla.

Riguardo poi all'ipotesi del tremore da un'origine spinale per l'ipertrofia della glia, questa acquisterebbe in taluni casi un grado di probabilità per l'assenza di lesione della maggior parte dei muscoli innervati dai nervi motori del cervello; però è criticabile alla sua volta per l'assenza del tremore durante il sonno, quantunque persista sempre la causa irritativa e perchè accade spesso che la sindrome fenomenica spinale non si presenta con caratteri distinti e netti, essendo accompagnata da altri sintomi cerebrali, come la tendenza a cadere al suolo (Remak) e il tremolìo, quantunque invisibile, dei muscoli del mento.

In ordine alla teoria muscolare poi varii argomenti esistono contro di essa e in prima linea la mancanza di tremori fibrillari, che è stato constatato in tutte le affezioni miopatiche a decorso lento, la mancanza di alterazioni elettriche grossolane, i disturbi sensitivi subbiettivi e i disturbi vasomotori, la frequenza di una sindrome permanente unilaterale. Altri argomenti poi che parlano contro una origine muscolare sono l'influenza del fattore psichico sulla genesi della malattia, la cessazione del tremore durante il sonno, l'aumento degli stati affettivi, i dolori a tipo lancinante, che spesso precedono la malattia.

La supposizione in ultimo del Dana troverebbe un appoggio nelle vedute del Gauthier.

Dopo tutto ciò puossi conchiudere che non ostante le più accurate ricerche anatomo-patologiche, che fin oggi sono state fatte sul sistema nervoso e sulla struttura dei muscoli dei Parkinsoniani, anche con minute osservazioni microscopiche, nessuna alterazione evidente e a sede fissa è stata rilevata, per cui dice bene lo Ziemssen che: « *Trovandosi di fronte a questi risultati ed opinioni contradittorie, si trova obbligato a tenersi in prudente riserbo relativamente al concetto anatomo-patologico della* paralisis agitans *ed alla teoria di questa malattia* ».

* * *

Premesse queste poche opinioni e risultati necroscopici, che fin oggi corrono nella scienza sulla natura della malattia di Parkinson, eccomi in breve all'esposizione del caso clinico in parola.

N... N..., di professione notaro, nato nel febbraio 1827, ammogliato, con 5 figli, tutti sani.

Racconta l'infermo che nel 1875 ebbe a soffrire gravissimi dispiaceri, in seguito ai quali sostenne viaggi lunghissimi, massime d'inverno, esponendosi alla pioggia e a ripetuti raffreddamenti.

Mentre così gli andavano le faccende, il 12 febbraio 1877, portandosi in campagna, nel breve spazio di un'ora e mezzo, fu assalito per ben due volte da malfattori, con minaccia della vita, per cui giunse nelle case di abitazione di detta campagna convulso e tremante.

La notte dormì discretamente, ma il dì seguente, quantunque un po' più calmo, pure ebbe ad avvertire la persistenza di un certo tremolìo al dito pollice della mano sinistra, che mai prima di quell'epoca avea sofferto, avendo goduto sempre perfetta salute.

Addebitandolo sempre al precedente avvenimento, non se ne curò affatto, sperando una scomparsa completa di detto tremore colla successiva serenità d'animo. Ma la cosa non andò così dopo un mese circa ebbe ad accorgersi che il tremore erasi già esteso anche a tutte le altre dita della stessa mano. Allora chiamato un medico del paese, questi gli prescrisse una cura tonica ed antinervina, la quale a nulla valse per fargli cessare le sofferenze, anzi, come dice l'infermo, facendo di tanto in tanto la prova di trattenere le redini del suo cavallo colla mano sinistra, osservava anche una certa diminuzione di forza; motivo per cui si accinse a consultare subito il prof. Federici, che in quell'epoca dettava lezioni nella R. Università di Palermo.

Intanto il male sempre più progrediva e dopo un certo tempo ebbe ad osservare, che a grado a grado si era già esteso anche all'avambraccio e poi a tutto l'arto superiore sinistro, fenomeni che ben presto, collo stesso ordine, si affacciarono anche all'arto superiore destro e poi agli arti inferiori ed in ultimo, appena apprezzabile, ai muscoli del mento.

Contemporaneamente sentiva, che una certa forza lo costringeva a flettere la colonna vertebrale; per cui ora è ridotto ad una vera cifosi arcuata. Accentuatosi il tremore nell'arto supe-

riore destro, incominciò a marcare pure una certa difficoltà nello scrivere.

L'infermo, vedendo sempre più progredire la malattia, con serio disturbo tanto nel camminare, che nel montare a cavallo, decise assolutamente ritirarsi dalla vita di campagna.

Riferisce inoltre l'infermo, che in seguito all'uso della doccia colle acque termali di Termini Imerese, prescrittagli dal prof. Federici, in una seconda consultazione, rimase più debole e soggetto a profusi sudori, in qualunque epoca dell'anno, che si accentuano maggiormente, quando soffre qualche dispiacere, in seguito al quale anche il tremore gli si aumenta positivamente con mancanza di respiro, con parlare affannoso ed impacciato, con rigidità maggiore negli arti e con sensazione di calore, per lui tanto penosa.

Asserisce pure, che nell'inverno e nelle brusche variazioni di temperatura, in seguito alla cura elettrica, non sapendo addebitarlo ad altro, soffre dei granchi con dolori atroci alle articolazioni scapolo-omerali. Non ha affatto dolori lungo la colonna vertebrale, nè cefalea, nè vertigini, nè stordimenti, come pure non ha osservato disturbi nella forza visiva. Nella defecazione e nell'orinazione solo due anni prima del decesso. Dice l'infermo, che ha fatto uso di molte medicine, ma poco o nulli sono stati i vantaggi, di cui ne terrò parola nella cura.

Riguardo alle pregresse malattie narra di non aver sofferto mai dolori pel corpo e che solo all'età di 32 anni ebbe una paresi del facciale sinistro, in seguito a febbre malarica, di cui guarì subito colla sola somministrazione di ripetute dosi di valerianato di chinino. Inoltre all'età di 38 anni, mentre montava un cavallo, cadde a terra, urtando la gamba sinistra contro un sasso, per cui gli s'infiammò seriamente.

Dopo un certo tempo gli scomparve l'enfiagione, ma gli rimasero delle vene varicose sulla faccia interna del terzo superiore della stessa gamba, per cui fu costretto far uso della calza elastica, per evitare gli edemi, consecutivi alle lunghe camminate. Intanto, dopo alquanti giorni, pel fatto della compressione, gli comparve una vescichetta a quattro dita sopra il malleolo interno, che presto si trasformò in pustola e che cicatrizzò dopo lunghissime cure, ove si osservano ancora le traccie di una grande e nera cicatrice da varici.

Nessun trauma dice aver sofferto nell'arto superiore sinistro. Negativa ogni influenza ereditaria.

L'infermo dice che non ha abusato nell'alcool e nel tabacco, ma solo nella Venere, senza però aver sofferto malattie celtiche.

Dei cinque figli nessuno fin oggi ha sofferto malattie nervose.

Il padre dell'infermo è morto da encefalite per otite periostea suppurata; la madre da polmonite; un fratello da bronco alveolite; l'unica sorella, tuttora vivente e sana, è all'età di 82 anni.

*Esame obiettivo.* — Costituzione forte, scheletro ben sviluppato, muscoli ben nutriti e tonici, pannicolo adiposo abbondante, colorito del volto bruno-roseo, mucose visibili normali. Non si palpano tumefazioni glandolari, nè edemi. Polso 76, respirazione 20, temperatura 36°.9 la mattina, 37.°1 la sera.

L'infermo si presenta nella posizione eretta ordinaria col tronco inclinato in avanti, testa flessa e mento ravvicinato al torace.

Osservando la superficie posteriore del torace si nota: colonna vertebrale normale nella regione lombare fino alla 7ª vertebra dorsale, in piena cifosi arcuata nella regione cervicale e rimanente dorsale. Data la flessione delle ginocchia e quella delle coscie sul bacino, dorso incurvato all'indietro e testa proiettata fortemente in avanti, osservando l'infermo, presenta una figura, che ricorda la lettera S. La pressione su tutta la colonna vertebrale in nessun punto suscita dolore; nè strisciando un corpo duro sulla pelle si marcano linee di dermografia.

*Motilità.* — Testa: capo completamente flesso e il mento tocca il petto; muscoli sternocleido-mastoidei leggermente ipertrofici e tesi, e stretti tra le dita si ha l'impressione di una durezza lignea. Per quanto si sforzi l'infermo, non riesce a tenere eretta la testa, nè tampoco di estendere completamente la regione cervicale della colonna, per inclinare il capo indietro. Riescono del pari impossibili i movimenti di lateralità del collo; per cui l'infermo non può avvicinare la testa nè all'una, nè all'altra spalla e qualunque movimento suscita dolore. In entrambi i lati si marca alquanto spiccato il margine superiore dei cucullari.

L'estensione e la flessione del tronco sono entrambi impossibili e qualunque tentativo di movimento volontario suscita dolore. Nella posizione orizzontale l'infermo non riesce ad erigere il tronco, non potendosi aiutare colle braccia, rigide e semiflesse.

Inciampata la motilità nei muscoli della faccia, per cui si marca chiara la *facies* caratteristica, labbro inferore abbassato e lieve scialorrea. I movimenti sì attivi che passivi degli arti superiori si compiono mediocremente, perchè rigidi, semiflessi ed addossati al tronco; dita delle mani piegate, sopratutto nelle articolazioni metacarpee, i pollici sono rivolti verso le altre dita. Gradi di forza nei due pugni, misurati col dinamometro del Mathieu: a destra 54, a sinistra 50; curve sfigmografiche, raccolte coll'apparecchio del Marey, sul braccio sinistro, 6 oscillazioni a minuto secondo.

L'elevazione degli arti inferiori è limitata per la rigidità muscolare, le gambe sono leggermente flesse sulle ginocchia; nessun dolore nell'articolazioni coxo-femorali, nè rumori di scroscio. Forza muscolare nelle gambe un po' diminuita. Nell'eseguire i movimenti passivi cogli arti inferiori si nota sopratutto grande resistenza, che non può essere vinta e gli adduttori si palpano in istato di aumentata tonicità.

Facendo camminare l'infermo, pare che i piedi non appoggiano completamente sul terreno e ad ogni passo compie un movimento di rotazione sul proprio asse longitudinale, in modo che il capo oscilla come un pezzo solo col tronco, ora a destra, ora a sinistra. Il movimento, che è molto limitato, è quello di abduzione delle coscie, le quali non possono essere divaricate, che di pochi centimetri. Tutti gli arti sono in preda ad un tremore, che non può essere arrestato o per lo meno diminuito mediante un energico impulso volitivo. Il movimento di scendere dal letto, per mettersi in piedi, si compie stentatamente e coll'aiuto di una persona; così pure quello di erigersi in piedi, stando seduto.

Non si marca fenomeno di Romberg. Il cammino si fa a piccoli passi, a gambe ravvicinate,

col tronco incurvato e se si fa un po' accelerato è evidente la propulsione e all'indietro anche la retropulsione. Scrive lentissimamente e la calligrafia è irregolare, le aste delle lettere sono sinuose, formate da una serie di linee spezzate.

*Sensibilità generale.* — Su tutta la superficie del corpo la sensibilità termica, dolorifica e tattile, si presenta normale; sensibilità barica o di pressione — secondo il metodo del professore Bianchi — fisiologica; come pure quella della solidità del terreno.

*Sensi specifici.* — Udito, gusto e olfatto fisiologici; nessuna alterazione si osserva nei muscoli degli occhi e nelle palpebre, anche semichiuse; nel fondo oculare solo lieve pallore delle papille ottiche; pupille uguali e normali, solamente un po' pigre alla reazione della luce. Favella normale, lingua non tremula.

*Riflessi tendinei.* — I riflessi tendinei, secondo il metodo del Vestphal ed Erb, tanto negli arti inferiori, che nei superiori, si presentano appena indeboliti. Il clono del piede non è chiaramente manifesto.

*Riflessi superficiali.* — Tutti vivaci. Manifesto lo Stewart; il Rabinski assente, come l'oculocardiaco.

*Morfismo.* — Cutaneo, sottocutaneo, osseo normali, meno la cute delle mani, che in certi punti si presenta secca e squamosa. I muscoli sono tutti bene sviluppati. L'eccitabilità elettrica, galvanica e faradica dei nervi e dei muscoli, normale.

Vescica e retto ed organi sessuali, funzione un po' diminuita.

Visceri toracici e addominali, normali; apparato vascolare, in istato d'incipiente arteriosclerosi; respirazione e digestione, salvo una lieve stitichezza, fisiologiche.

*Analisi dell'urina.* — L'analisi dell'urina ripetuta per 3 volte e in epoche dfferenti, diede: caratteri fisici e chimici, giallo-ambra, limpida, senza sedimento; quantità cmc. 1400 circa nelle 24 ore, nessun odore caratteristico; peso specifico 1018-1020, reazione acida; urati normali, fosfati abbondanti (magnesio normale, calcio abbondante), solfati e cloruri normali, urea 19.32 per mille, sostanze coloranti normali; albumina, glucosio assenti, come pure l'indacano e i pigmenti biliari.

Questa la storia e l'esame del caso, a proposito del quale crediamo che non si possa mettere in dubbio la diagnosi di malattia del Parkinson, perchè, come vedremo, furono anche dello stesso avviso il Tommasi, il Cantani, il Cardarelli, il Federici ed altri ancora, che ebbero agio di esaminare l'infermo nei diversi periodi della malattia.

Si potrebbe obbiettare trattarsi nel caso in parola di sclerosi multipla o di tremore senile. Ma, malgrado sia ancora vivamente discussa la vera lesione anatomica, il quadro clinico della malattia è abbastanza chiaro e la diagnosi quasi sempre facile, segnatametne se si tien conto del tremore speciale, ritmico, associato ai segni di generale decadimento, dell'essere continuo, dell'esagerarsi in certi momenti, del diminuire altre volte, del non scomparire mai completamente, se non durante il sonno, dell'atteggiamento caratteristico di tutto il corpo, della rigidità di taluni muscoli e della lentezza nell'eseguire i movimenti volontari.

Nel caso in parola poi è assodata la diagnosi di malattia del Parkinson, non traumatica, perchè l'infermo ha escluso recisamente qualunque contusione patita all'arto superiore sinistro; di tal che essa ebbe principio ordinario nel modo classico, ossia dalla parte distale di un arto superiore.

La diagnosi differenziale poi tra il morbo del Parkinson e la sclerosi multipla, alla quale pel passato si attribuiva una grande importanza, oggi pare che non presenti più una grande difficoltà; giacchè, secondo gli studii del Parkinson e quei ultimi dello Charcot e dell'Hammond, si conoscono in modo preciso i caratteri distintivi di queste due malattie. Difatti il tremore intenzionale, diffuso anche alla testa, irregolare e a sbalzi, con poca rigidità dei muscoli, i sintomi spastici, il tremolio firillare della lingua, il disturbo della favella, il nistagmo, la debolezza psichica, che a grado a grado diviene più evidente, l'età giovanile, l'esagerazione dei riflessi tendinei, le vertigini, la cefalea, gli stordimenti e l'accidentale apparizione di accessi apoplettiformi sono veri sintomi che fanno diagnosticare la sclerosi multipla. Nel morbo del Parkinson invece, per come evidentemente si marca nell'infermo, oltre ad una accentuata rigidità dei muscoli, massime dei flessori, la mancanza di debolezza psichica, del disturbo della favella, l'attitudine speciale del corpo, la sensazione di calore, il bisogno di spostamento, la propulsione e la retropulsione, il leggiero affievolimento dei riflessi tendinei e l'età avanzata, vi sono a preferenza il carattere del tremore, colla sua forma continua, anche durante l'astinenza dei movimenti, con forma oscillatoria uniforme e la mancanza completa ed essenziale delle vertigini e della cefalea, che permettono, in modo preciso ed assoluto, di non commettere errore alcuno. Ed in proposito il De Renzi, nelle sue annotazioni fatte alla semiotica e diagnostica medica del Da Costa, in poche parole così si eprime: « Il tremore « è di due specie; quello paralitico, passivo, « da debolezza, tremore del movimento e « quello convulsivo, attivo, tremore del ri- « poso. Il tremore paralitico costituisce un « fenomeno importante della sclerosi a plac- « che, il tremore attivo invece si presenta « nella *paralisis agitans*. Laonde nella pa-

« ralisi agitante il tremore si verifica quando « l'infermo sta in riposo, nella sclerosi « quando esegue dei movimenti ».

Il corso poi delle due malattie è molto differente, perchè, nella sclerosi multipla, siccome frequentemente i noduli di tessuto alterato si producono prima nel midollo spinale inferiore, i primi sintomi si manifestano con una certa costanza negli arti inferiori, mentre quelli della paralisi agitante cominciano pel solito a manifestarsi negli arti superiori; come pure la morte pare che avvenga molto più presto nella prima, anzichè nella seconda.

Or seguendo l'anammesi dell'infermo, appare chiaro che due furono le cause occasionali, che produssero lo scoppio del morbo in parola: il continuo sottomettersi all'azione dell'umidità e della pioggia e il trauma psichico patito dopo il funesto incontro coi malfattori.

Infatti il quadro sintomatologico della paralisi agitante nell'infermo si presentò chiaro, esordendo col suo caratteristico tremore, che si manifestò in modo brusco dopo viva emozione morale, per come abbiamo inteso dalla storia, principiando dall'arto superiore sinistro e attaccando per prima il pollice della mano e poi progressivamente le altre dita, gli arti superiori, gli inferiori ed in ultimo, appena visibile, i soli muscoli del mento.

Nell'infermo la detta forma di tremore è caratteristica assai, con movimenti uniformi oscillatorii, più accentuata negli arti superiori, che negli inferiori. I pollici poi e le altre dita si presentano semi-flessi e tremanti, che si rassomigliano facilmente allo atto del filare, quale atteggiamento, unito a quello della mano, puossi per bene paragonare all'atto che si fa, contanto delle monete e gettandole ad una ad una sul tavolo.

Conforme a quello che ne pensa lo Charcot ed altri autori, con ripetute mie osservazioni, all'insaputa dell'infermo e nei momenti di tregua, ho potuto constatare che la testa non piglia parte al movimento oscillatorio e che i soli muscoli del mento sono in preda ad un leggerissimo tremolio.

Il tremore in tutto il corpo è continuo durante il giorno, diviene più debole nella posizione orizzontale, cessa completamente durante il sonno. La spiegazione di questo fatto si può trovare in ciò che durante la notte, per l'anemia del cervello, i centri riflessi motori si attutiscono un poco e quando l'individuo si sveglia, allora si risveglia l'attività dei centri riflessi e da ciò il tremore per come la pensano anche Dujardin-Beaumetz e De Renzi.

Se l'infermo si trova in calma, allora trema leggermente; se piglia parte ad un divertimento, il tremore si attenua di molto e se conversa, non solo parla lentamente e a voce fioca, ma risponde anche alle domande con un senso di ritardo, forse perchè le corde vocali non ubbidiscono immediatamente e se non dopo uno sforzo della volontà, per come segnatamente avviene anche per gli arti inferiori. Invece se per caso gli sopraggiunge una cattiva notizia o s'irrita, in allora gli aumenta potentemente parla con difficoltà, la voce diventa nasale, la parola indistinta ed impacciata, i muscoli dell'estremità degli arti, massime i flessori, rigidi; suda profusamente e diventa acceso in viso; il che appare chiaro dipendere da uno stato iperemico dei centri nervosi per paresi transitoria dei nervi vaso-motori. Nei movimenti attivi non gli aumenta affatto il tremore, come pure si attenua nelle forti tensioni volontarie dei muscoli, per esempio nel sollevare pesi, nello stringere qualche oggetto fortemente tra le mani o puntellando i piedi al muro.

Riguardo poi al secondo sintomo, cioè la rigidità muscolare, si osserva chiara l'alterazione nei muscoli della faccia e specialmente in quelli anteriori del collo, conforme alle primitive osservazioni del Parkinson, che fanno fortemente inclinare il capo in avanti e non è che con gran pena, che esso può venire dall'infermo sollevato o girato appena verso l'uno o l'altro dei lati.

La colonna vertebrale poi è fortemente inclinata in avanti, le braccia sono addossate al tronco e flesse nelle articolazioni del gomito; le dita sono piegate, sopra tutto nelle articolazioni metacarpee; il pollice è rivolto verso le altre dita, le gambe sono sensibilmente flesse sulle ginocchia.

Scrive l'infermo lentissimamente e la calligrafia è irregolare, le aste delle lettere son sinuose, formate da una serie di linee spezzate e ciò per l'attitudine della mano in flessione, che si spiega col fatto che i muscoli flessori sono più forti e quindi in uno stato ipertonico diffuso, la cui azione deve predominare sugli altri muscoli.

Si osserva pure che la rigidità muscolare dell'infermo si oppone all'esecuzione di molti movimenti: segnatamente quelli del tronco, come il flettersi o il girarsi sono resi difficili in grado molto considerevole, si direbbe col Trousseau: una macchina montata, sulla quale la volontà non ha più azione.

L'infermo è ridotto a tal punto che, trovandosi a letto, è impossibilitato a fare dei movimenti da sè solo; motivo per cui, durante la notte, occorre allo spesso rivolgerlo di lato, perchè dice che collo stare a lungo nella stessa posizione, prova una grande agitazione interna. Del pari, stando seduto per parecchio tempo, prova negli arti inferiori un senso di torpore e di peso, per cui vuol l'aiuto di una mano, che lo tiri in avanti, per fargli cambiare posizione, cambiamento che l'infermo assicura diminuirgli il malessere. Come pure stando seduto, non può alzarsi da solo, che con gran stento, per lo che occorre una mano, che lo tiri innanzi e lo aiuti a mettere in movimento con garbo. Dico con garbo, perchè se si facesse il contrario, allora solo l'ammalato cammina violentemente in avanti e non si ferma, se non quando va ad urtare ad una parete o ad un muro. Lo stesso, ma un po' più di rado, avviene nei movimenti all'indietro, cioè quando l'infermo, camminando, vuol girarsi o raddrizzare il tronco o pure vuol portare le braccia sul dorso, per cui talune volte, trovandosi da solo, è cascato a terra. Lo Charcot ritiene che questi fenomeni di propulsione e di retropulsione non siano altro che dei movimenti coatti o impulsivi, dovuti a profonda alterazione morbosa nel dominio della volontà, ove manca la forza frenatrice.

Lo Strümpell al contrario non crede alle spiegazione suddetta e fondandosi sul fatto evidente, che questi infermi nel camminare sembra che si muovano tutto un pezzo, che la loro colonna vertebrale trovasi in un'accentuata cifosi arcuata, dovuta al predominio dei muscoli flessori del tronco, fondandosi su molte osservazioni proprie, è convinto che questi fenomeni — movimenti coatti — possono semplicemente essere spiegati con le condizioni puramente meccaniche dello spostamento del centro di gravità del corpo. Intanto il Laveran e Trossier e lo Ziemssen nelle loro rispettive opere sostengono che non è sufficiente la spiegazione di tali fenomeni col solo mancato equilibrio per lo spostamento del centro di gravità del corpo, ma che deve esservi un'altra causa più importante, che la scienza ha ancora da ricercare.

Io ritengo che la causa del sintomo di propulsione e retropulsione nella malattia del Parkinson, dipenda insieme da mancanza di forza frenatrice volontaria (Charcot) e da spostamento del centro di gravità compagno della rigidezza muscolare (Strümpell).

Nel decorso della malattia in parola poi ho osservato che la difficoltà dei movimenti, che martorizzano l'infermo nel vestirsi, nel mettersi a letto, nel mangiare, nel lavarsi la faccia, nel compiere i proprî bisogni, per cui frequentemente è costretto a chiedere aiuto per compierli, è in parte conseguenza della rigidità muscolare e del ritardo della conduzioni degli impulsi volontarî.

L'eccessiva sensazione subbiettiva di calore alla periferia del corpo, accompagnata a profuso sudore, che in ogni tempo soffre l'infermo, pare che siasi aumentata proporzionatamente alla gravezza della malattia, quantunque, ad onta della protratta e quasi continua attività muscolare, la temperatura nel cavo ascellare si mantenga sempre in media 37°; per cui, anche durante l'inverno, non sente affatto il bisogno di coverte ed abiti pesanti.

Però dall'insieme di tutto il periodo morboso, che ho avuto occasione di seguire fin dal principio della malattia, 1890, quantunque l'infermo avesse abbandonato ogni qualsiasi cura, si ebbe una grande differenza nella intensità del tremore, con apparente calma, come pure degli altri sintomi, specie nello scrivere; calma che io addebito alla maggiore serenità di animo, pel poco pensiero che s'incominciò a dare il paziente della ribelle ed incurabile malattia, che lungamente lo afflisse e ciò per non avere in scienza altro mezzo di prova.

I fenomeni poi di facile stanchezza e di debolezza di memoria, osservati nell' infermo negli ultimi anni di vita, non possono essere spiegati, che con l'incipiente arteriosclerosi, molto manifesta nelle arterie temporali. La lieve scialorrea con abbassamento del labbro inferiore deve farsi dipendere da condizioni meccaniche in rapporto al tremore, alla rigidità e alla debolezza della muscolatura delle labbra, della lingua e del palato, per come sostengono diversi autori, tra cui anche l'Oppenheim.

Il fatto che negli ultimi tempi gli ammalati di paralisi agitante presentano disturbi speciali degli sfenteri anali e vescicali, facendo loro perdere le urine e le fecce, per un bisogno imperioso non soddisfatto celermente, dimostra che non si tratta, come troppo spesso si dice, d'incontinenza, perchè il nostro infermo esprime chiaro che ha la sensazione ben netta di urinare o defecare, ciò che a lui manca invece è il potere di trattenersi; egli sente perfettamente l'atto che sta per compiere, però se non ha subito sotto mano un vaso, immantinente si trova bagnato o imbrattato.

Quasi tutto ciò che la terapia detta sulla

malattia del Parkinson fu largamente esperito sull'infermo, fino a due lustri prima del suo decesso; intanto nessun medicinale agì sul morbo in parola in un modo efficace; per cui il disgraziato notaro, nell'ultimo periodo di sua malattia, si trincerò alla dietetica e alla serenità d'animo, solo dalle quali ottenne almeno qualche sensibile sollievo.

All'esordire della malattia gli fu consigliata una cura tonica di estratto di china e un'altra antinervina di bromuro di potassio e di sodio, ma non ne ricavò alcun benefizio. In seguito gli fu prescritta la cura del nitrato d'argento in forma pillolare, ma visti i pochi vantaggi ed un certo disturbo intestinale, la sospese completamente.

Consultato il prof. Federici nel 1880, questi gli prescrisse nell'inverno e primavera la cura del ioduro di potassio e l'uso della corrente galvanica per 10 minuti primi ogni giorno, applicando l'anode sulla colonna vertebrale e precisamente sul punto di uscita del plesso brachiale e il catode sopra singoli punti dell'arto superiore sinistro, e nel principio dell'estate l'uso della doccia tiepida colle acque termali di Termini Imerese. Ma anche con ciò non ottenne alcun vantaggio, anzi se dovessimo prestar fede alle parole dell'infermo, l'elettricità fu causa di produrgli dei granchi con dolori nei muscoli della spalla sinistra, massime nei bruschi combiamenti di temperatura e la doccia dei profusi sudori, che pria di allora non soffriva affatto.

Fu nel 1881 che decise consultare la clinica di Napoli e *in primis* il Cardarelli, il quale prescrisse di proseguire la cura dell'estratto di china e l'uso quotidiano della corrente continua.

Il Cantani invece indicò l'uso del curare per iniezioni ipodermiche, che come è noto, è al caso di abbassare l'eccitabilità delle terminazioni nervose motrici nel muscolo e a rendere quest'ultimo incapace a contrarsi.

In ultimo il Tommasi, biasimando l'uso che si era fatto della doccia tiepida termale, si dichiarò contrario ad ogni cura, massime del curare per gl'immensi pericoli, in conseguenza del non facile suo dosamento, e della corrente elettrica, per gli atroci dolori, che provoca, nel periodo di rigidità. Sintomaticamente prescrisse : contro i profusi sudori il solfato neutro d'atropina; la giusquiamina e il liquore arsenicale del Fowler, come unici rimedii, che godono la fama di aver dato alcuni successi favorevoli contro il tremore, più consigliò severamente la massima serenità d'animo, sapendosi già che la malattia di Parkinson ha un decorso cronico lungo anche fino a 30 e più anni e che gl'individui, che ne sono affetti, ordinariamente soccombono non per l'affezione come tale, ma per malattie intercorrenti o per marasmo, per come sostengono anche lo Strümpell e lo Charcot.

L'infermo mise in pratica e per parecchio tempo quest'ultima prescrizione del venerando prof. Tommasi, in seguito alla quale avvertì un sensibile miglioramento; ma dopo alquanti mesi, con suo gran dolore, ebbe ad accorgersi che l'infermità progrediva sempre, ad onta dei succennati rimedii, per cui l'abbandonò completamente.

Nel 1882 decise consultare il Fubini, il quale in base all'esposizione di tutte le cure sostenute, ammise l'opportunità dell'uso del curare per la via ipodermica e a tal'uopo si fece uso di una soluzione di 10 centigrammi di curare in 10 grammi di acqua distillata, precedentemente messa alla prova sui conigli e principiando coll'iniettare 1/4 della siringa di Pravaz al giorno ed aumentando a grado a grado la dose. Il Fubini, pria di principiare le suddette iniezioni, volle misurare le curve sfigmografiche date dall'avambraccio sinistro, che in media ascesero a sei per minuto secondo. Più volle segnare la forza muscolare in entrambi i pugli col dinamometro del Mathieu e le cifre ottenute furono di 54 a destra e di 50 a sinistra. Dopo un mese e mezzo circa di uso quotidiano del curare, l'infermo asseriva essere molto migliorato; per cui il Fubini, ritornato a raccogliere le misure, potè rilevare che in media le curve ottenute coll'apparecchio del Marey erano scese solàmente a 4 per minuto secondo, mentre la forza muscolare era salita 60 a destra e 56 a sinistra. Oltre a ciò era evidente che l'infermo camminava meglio e poteva compiere ogni movimento con più speditezza. Sospesa la cura tutto ritornò peggio di prima, in seguito a che l'infermo stanco e sfiduciato ritirossi in famiglia, abbandonando la malattia alle sole risorse della natura.

Nel 1885 fece uso pure dei granuli di arseniato d'oro dinamizzato dell'Addison e delle gocce rigeneratrici del Thompson, ma asserisce l'infermo che i risultati furono identici a quelli del curare.

Nel 1888 io stesso volli praticare nell'infermo l'iniezioni ipodermiche di arseniato di potassa, tanto raccomandate dall'Eulemburg contro la paralisi agitante. La soluzione era così composta : liquore arsenicale Fowler gr. 5, acqua distillata gr. 10. Incominciai la

cura giornaliera ai 10 di ottobre coll'iniettare 10 centigrammi della soluzione in parola, fino a che gradatamente arrivai a 60 centigrammi e con questa dose non andai più oltre dei 12 novembre. Il solo risultato che ottenni fu un sensibile aumento nella forza dinamometrica e una diminuzione nell'intensità dei dolori scapolari; ma dopo 10 giorni anche questi vantaggi si arrestarono, senza punto dar segno di ulteriore miglioramento.

Non tralasciai anche per un tempo lungo di mettere in pratica i precetti del Constensoux, del Frenkel e dell'Oppenheim con esercizii graduali e sistematici per ripristinare le funzioni motrici degli arti superiori, inferiori e del tronco, ma con essi nulla ottenni di miglioramento. Nello stesso tempo somministrai lungamente dei disinfettanti intestinali, secondo il precetto del Dana, ma con esito anche negativo.

Dopo tutto ciò, tanto per completare la mia tesi, bisogna che conchiuda collo Ziemssen e coll'Erb che nulla, proprio nulla puossi fare fino ad oggi in vantaggio di sì disgraziati infermi e se si registra nei libri qualche caso di guarigione, come quello del Fowler in seguito ad un attacco di emiplegia destra, probabilmente embolica, o di miglioramento, come quelli del Remak, Jones, Regnolds, Hammond ed altri bisogniamo convincerci una buona volta, che in questi pretesi casi di guarigione, forse non si sarà trattato del vero morbo del Parkinson, ribelle a tutti i mezzi di cura, ma bensì di altra malattia nervosa.

L'infermo morì nel 1° febbraio 1912 con grave disfagia e coma.

*Alessandria della Rocca* (Girgenti).

BIBLIOGRAFIA.

CHARCOT, *Traité des maladies du système nerveux*.
Tribuna Medica, Milano, anno II n. 12.
HAMMOND. *Traité des maladies du système nerveux*.
DA COSTA. *Semiotica e diagnostica medica*.
CHARCOT. Journal de Méd. et Chirurg., 1887.
DUJARDIN-BEAUMETZ. *Clinica Medica*, vol. VII.
ERB. *Elettroterapia*.
STRÜMPELL. *Patologia Speciale Medica*.
REMAK. *Galvano-terapia*.
MAYNEC. *Terapia clinica*.
FUBINI. Relazione verbale.
ZIEMSSEN. *Patologia Speciale Medica*.
GOWERS. *Trattato delle malattie nervose*.
LAVERAN e TIESSER. *Patologia Speciale Medica*.
P. ALESSANDRINI. *La malattia di Parkinson*.
J. GAUTHIER. Thèse de Lyon, 1913.
Riforma Medica. Napoli, anni VIII, n. 195-256, IX, n. 139-161; X, n. 30-220-221; XI, n. 70-54-22; XIII, n. 49-258; XIV, n. 10-118-280; XV, n. 17-102-117-143-205.
Rivista Clinica e Terapeutica. Napoli, anni 1885-1902-1903.
Policlinico. Roma, anno 1898, n. 4; 1914, fascicolo 11-25.
Gazzetta Internazionale di Medicina Pratica. Napoli, anni IV e X, n. 1.

## ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del luglio 1915.

Presidenza: G. BOSHI.

C. MINERVINI e W. VECCHIATI. — *Ancora intorno alla fissazione dei sedimenti urinarî per preparati microscopici.* — Comunicano che per la fissazione dei sedimenti urinarî per preparati microscopici si sono serviti ultimamente del giallo d'ovo e che ne hanno ottenuto risultati eccellenti.

E. CAVAZZANI. — *Sul ricambio dei cloruri.* — Nei conigli operati di taglio bilaterale e di contemporanea legatura delle carotidi comuni, cui consegue, come l'A. ha dimostrato per molteplici vie, ischemia dei centri encefalici, ha luogo una alterazione nella eliminazione dei cloruri per le orine, e precisamente nel senso di una ritenzione. Il fatto concorda con quello notato dal Pagano nei cani scerebrati.

L'A. si estende ad illustrare un altro fatto, cioè l'aumento premortale dei cloruri percentuali nelle orine dei conigli operati come sopra oppure digiunanti: discute la genesi del fenomeno, concludendo che alla luce delle recenti ricerche esso dovrebbe attribuirsi alla cessazione di un'attività di riassorbimento dei cloruri propria agli epiteli dei tubuli e governata da una innervazione centrale.

*Interessante e pratica pubblicazione*:

Dott. ELIO FABBRI

**GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO**

(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. Enrico Morelli, via Sistina, 14-15, Roma

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## NEUROPATOLOGIA.

### Il trattamento della corea.

Il trattamento della corea è essenzialmente a base di arsenico. L'antipirina e gli altri antinervini non hanno dato dei risultati soddisfacenti.

Per ottenere dall'arsenico dei buoni successi bisognerebbe seguire il metodo di Arau e Siredey. Questi AA. impiegano la soluzione di acido arsenioso al millesimo nota sotto il nome di soluzione di Boudin, che è più debole di quella di Pearson (1 :600). Essi la prescrivono a larga dose, 25-30-35 grammi al giorno, ma limitano la durata della cura. In tal modo sono possibili i pericoli dovuti all'intolleranza, ma si evitano i fenomeni di accumulazione; prescrivendo l'arsenico a piccole dosi ripetute per settimane e mesi i pericoli sono maggiori di quelli derivanti dall'impiego di grandi dosi per pochi giorni.

Comby (*American Medicine*, 1913) ha applicato questo metodo in centinaia di pazienti per parecchi anni ed ha avuto un solo caso d'intossicazione (polineurite arsenicale) e pochi casi di intolleranza (vomito, disturbi gastro-intestinali).

Si comincia la cura con 5 grammi di soluzione di Boudin diluiti in 100 grammi di acqua e si giunge aumentando quotidianamente di 5 grammi fino a 25 grammi. A questo punto si diminuisce nella stessa proporzione fino a ritornare ai 5 grammi. La cura completa dura esattamente 9 giorni.

Contemporaneamente il soggetto deve essere tenuto a letto per 15 giorni, completamente isolato ed in assoluto riposo mentale.

La dieta deve essere lattea, un bicchiere di latte ogni due ore e quando essa non fosse tollerata si può ricorrere alla dieta lattea-vegetariana sempre per tutta la durata dela cura arsenicale.

La pozione si prescrive nel seguente modo:

| | | |
|---|---|---|
| Soluzione di Boudin . . . . | gr. | 5 |
| Sciroppo di arancio . . . . | » | 25 |
| Acqua . . . . . . . . . . | » | 100 |

e se ne dà una cucchiaiata da tavola ogni due ore prima di bere la tazza di latte. Naturalmente nella pozione bisogna variare nei giorni successivi la proporzione della soluzione di Boudin nei modi suddetti.

Se nel corso della cura si ha vomito, l'arsenico si sospende per un giorno: se esso ritorna, il medicamento si sopprime del tutto.

Le dosi sopra indicate sono per ragazzi di 7 anni, per bambini di età inferiore la dose iniziale è di 3 grammi e si continua nei giorni successivi con dosi multiple di 3 fino ad arrivare a 15 grammi per poi ritornare degradando nella stessa misura fino a 3 grammi.

Questo trattamento di regola è ben tollerato e produce i suoi effetti rapidamente. Alla fine della prima settimana i movimenti scompaiono e dopo due settimane la corea è guarita.

Naturalmente prima d'iniziare la cura bisogna praticare l'esame delle urine del soggetto perchè nel caso vi fosse albuminuria, l'intenso trattamento arsenicale non sarebbe tollerato.

DR.

### Sintomatologia delle lesioni lenticolari.

Righetti in *Rivista Neurologica* si occupa dei sintomi corrispondenti alle lesioni del nucleo lenticolare. Egli ritiene non ancora sufficientemente confortato dai fatti il tentativo di elevare alla dignità di sindrome, cioè ad entità clinica univoca, il complesso dei disturbi consecutivi a lesioni del nucleo lenticolare. E se riesce possibile in vita fare diagnosi di una lesione distruttiva di tale nucleo, è d'altra parte impossibile spingere la diagnosi fino alla determinazione esatta delle lesioni dei singoli segmenti (anteriore, medio e posteriore) del nucleo stesso, come è impossibile distinguere i sintomi dati dalle lesioni del *putamen* da quelli dati dalle lesioni del *globus pallidus*.

I disturbi più comuni sono a carico della motilità e consistono in paresi della muscolatura, che possono o non essere accompagnate da spasmi di varia intensità. Meno frequenti di questi disturbi spasmoparalitici, ai quali per altro possono essere accompagnati, sono quelli irritativi: quali i tremori e meno frequentemente i movimenti coreici e atetosici.

Accanto a questi disordini motori possono esistere disturbi della sensibilità, specie obbiettiva, del trofismo e vasomotori.

Le lesioni pure del nucleo lenticolare (non coinvolgenti cioè il fascio genicolato della capsula interna) possono dare pure disturbi del linguaggio articolato, che dalla disartria possono andare fino alla completa anartria. Quest'ultima si osserva solo quando la lesione è bilaterale, mentre la disartria duratura si può avere anche nelle lesioni unilaterali, ed anche quando il focolaio risieda a sinistra nei destrimani.

Non è invece sicuro che lesioni pure del nucleo lenticolare producano afasia motoria, e disturbi della mimica emotiva (riso, pianto).

Di regola non esiste un parallellismo rigoroso tra lesioni e sintomi, nel senso che non sempre

lesioni bilaterali producano disordini bilaterali, e lesioni unilaterali producano disordini nella sola rispettiva metà del corpo, ed anche nel senso che la intensità e la diffusione dei sintomi non sempre corrispondono alla estensione del focolaio distruttivo nel nucleo lenticolare.

DR.

**Osservazioni cliniche sul dermografismo.**

Reznicek (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 1914, n. 44) riassume brevemente le nozioni che si hanno intorno all'importanza diagnostica del dermografismo, e accenna anche alle osservazioni fatte sul dermografismo stesso dal punto di vista clinico-sperimentale (Wolff, Féré, Chambard, Barthélemy, ecc.). Tali osservazioni sono però assai poco numerose, sicchè l'A. ritiene non privo di interesse il riferire quanto egli stesso ha potuto osservare sulla azione esercitata, in un caso di urticaria factitia, da vari agenti fisici e chimici (stimoli termici, elettricità, atropina, pilocarpina, adrenalina, pituitrina).

I risultati ottenuti dall'A. possono venire così brevemente riassunti: il caldo, l'elettricità, la pilocarpina, l'atropina e la pituitrina non esplicano alcuna influenza sul dermografismo; il freddo invece e le iniezioni sottocutanee di adrenalina (mgm. 1) ne diminuiscono l'intensità. L'influenza della adrenalina è dovuta alla azione che essa esplica sui muscoli lisci innervati dal simpatico; quella del freddo dipende in parte dalla azione di questo sui muscoli lisci, in parte dall'impedimento che esso porta nei processi di trasudazione dai vasi capillari, processi assai importanti nella produzione del dermografismo elevato in forma di urticaria factitia.

V. FORLÌ.

## OSTETRICIA.

**Eclampsia delle gravide.**

Intorno a quest'importante capitolo pubblica un coscienzioso studio il dott. prof. Ernesto Bellandi della scuola di Pisa (*La Clinica e l'Anatomia patologica della Eclampsia delle gravide*, Pisa - Tip. Mariotti, pagine 546), portando il ricco contributo di 110 casi osservati in 18 anni (1895-1913) nella Clinica del prof. Pinzani.

Con sobrietà ed acume s'inizia il libro richiamando brevemente la storia della malattia e la etimologia del nome «eclampsia». L'A. si addentra quindi — premessa l'esposizione delle cartelle cliniche — nell'esame comparativo degli ultimi lavori comparsi sulla materia e messi in rapporto colle osservazioni ricavate dai suoi 110 casi, con conclusioni che, salvo lievi differenze, sono press'a poco concordi con quelle ottenute dal Cova (Firenze) e dal Politi-Flamini (Roma). Segue una minuta esposizione della sintomatologia (e sopratutto dei risultati degli esami clinici) della madre, del feto e degli annessi fetali col richiamo delle numerose osservazioni fatte in proposito dai più svariati autori, nonchè degli effetti della malattia sulla madre e sul feto.

Passa quindi l'A. ad illustrare le varie forme cliniche, le complicazioni, il decorso e l'anatomia patologica (riportando il reperto di 104 casi tra autopsie [26] ed esami microscopici di placenta) che è trattata in modo da non trascurare alcun particolare e con minuzioso raffronto coi risultati ottenuti dagli altri osservatori: e segue una chiara e sintetica esposizione della patogenesi sia in generale sia per ciascuno dei sintomi, donde scaturiscono chiare le interpretazioni etiologiche dell'eclampsia date dai varî autori.

Trattato brevemente — come del resto si conviene — della diagnosi e prognosi, l'A. espone quanto di meglio si può fare nella terapia della grave affezione dimostrando l'utilità di una politerapia eclettica.

E nelle «Conclusioni» che occupano ben 27 pagine, l'A. riassume tutto il suo accurato lavoro sicchè questa parte può riuscire utile al pratico che non abbia modo e tempo di sviscerare il vasto dottrinale di cui si compone l'opera; la quale si chiude poi con un accurato indice bibliografico (di oltre 40 pagine). Tutto il libro è poi corredato di numerose tabelle in nero o a colori.

È un libro condotto con rigore di osservazione e con obbiettività scientifica, che fa onore non solo all'A. ma anche alla scuola del Pinzani.

U. ROLANDI.

**Manovre endouterine e morbosità da parto.**

De Groot (rif. in *Journal of the Am. Med. Assoc.*, 1915, n. 6) classifica come segue i casi da lui osservati alla maternità di Utrecht:

| | Casi febb. | Casi apir. |
|---|---|---|
| 1. Senza esplorazione interna. . | 41 | 31 |
| 2. Con esplorazione interna fatta in media cinque volte . . . . | 446 | 441 |
| 3. Con applicazione di candeletta per il parto prematuro . . . | 15 (*) | 71 |
| 4. Tamponamento uterino e vaginale. . . . . . . . . . | 37 (**) | 80 |

In quanto riguarda i casi del n. 2 l'A. non ha notato vantaggi con l'uso dei guanti; per quelli

(*) Di questi casi 3 erano gravi, 10 leggeri.
(**) Di quest'altri 15 gravi e 22 leggeri.

del n. 3 egli ritiene che l'influenza morbigena dipende dallo stato in cui si trova la vagina all'inizio del parto; non sembra che i germi già esistenti in vagina prima delle manovre abbiamo influenza dannosa. FIL.

# IGIENE.

## Cibi cotti e caldi a buon prezzo per le famiglie operaie.

Il Gruppo per propagande mediche nella guerra ha diffuso, in fogli volanti, le utilissime notizie ed istruzioni che integralmente riportiamo:

Il costo del combustibile, le occupazioni più intense della donna vanno oggi quasi giustificando una cattiva abitudine delle famiglie operaie italiane, quella di consumare largamente cibi freddi non cotti, di cibi cotti ma raffreddati. Disertata la casa e quindi la cucina, la donna operaia non sa più far da mangiare, lo sapesse non ha il tempo, e poi ora vi son le legna e i carboni saliti a prezzi proibitivi.

Eppure l'uomo, la donna che lavorano, i ragazzi che hanno da custodire la integrità degli organi digestivi debbono fare uso di cibi non solo cotti, ma caldi, e non nella sola stagione fredda. La donna, facoltizzata ora al lavoro notturno, che ritorni a casa nelle mattinate fredde, deve poter prendere a metà notte ed al mattino una refezione calda.

Se per le famiglie agiate il problema dei cibi cotti e caldi è risolto dalle persone di servizio, per le famiglie operaie, finchè dura la forzata assenza della madre di famiglia, deve risolversi col concorso di apparecchi.

E l'apparecchio per dare cibi cotti e caldi a buon prezzo deve essere costrutto da ogni padre di famiglia per i bisogni suoi; egli vi riesce democratizzando uno dei tanti apparecchi autocucinatori di cui sono fornite le grandi collettività militari, specialmente quelle in moto.

Abbiamo detto che ciascuno può con pochi soldi fabbricarsi l'apparecchio e lo dimostriamo cogli elementi che ha esposto al « Gruppo di propagande mediche » l'ing. C. Bellini al quale spetta il grande merito di aver ideate ed attuate le ottime semplificazioni. In ogni casa vi è una marmitta o pentola provveduta di coperchio che chiude bene. Supponiamo che questa abbia un diametro di 25 centimetri. Ora si deve fare una cassa di legno qualsiasi che abbia in ogni senso 65 centimetri di lato ed il coperchio sia provveduto di cerniera. La marmitta deve dunque distare 20 centimetri da ogni parete della cassetta. Quando questa è pronta si dispone paglia, o fieno, o trucioli fini di legno, o cascami di cotone nel fondo della cassa, fortemente premendo con le mani, fino a raggiungere uno strato di circa 10-15 centimetri di spessore. Si mette allora la marmitta nel mezzo della cassa, e intorno ad essa si pigia fortemente altro materiale fino all'altezza della marmitta. A questo punto si leva la marmitta e nella cavità che rimane si fa un rivestimento con carta di giornale. Si prepara quindi un cuscino imbottito di segatura di legno, le cui dimensioni di larghezza e lunghezza superino un poco quelle della cassetta che ora è pronta per servire un numero qualsivoglia di volte.

La cassetta descritta è a un posto: ma si possono fare nello stesso modo a 2 o a più posti, messi l'uno accanto all'altro.

*Norme per l'uso della cassetta.* — Qualunque vivanda si voglia far cuocere con la cassetta, è duopo farla prima bollire sul fuoco. La bollitura, oltre a rendere innocui i cibi distruggendo i germi patogeni, serve ad immagazzinare una quantità di calore più che sufficiente per la successiva cottura nella cassetta. Perciò, fatte bollire le vivande nella marmitta qualche minuto sul fuoco, si introduce la marmitta nella cassetta sopra descritta, la si ricopre col cuscino, quindi si cala il coperchio.

Per ottenere buoni risultati è necessario:

1° che la marmitta sia munita di un buon coperchio. Le marmitte di alluminio, col coperchio che imbocca per qualche millimetro, sono indicatissime;

2° che il materiale coibente (paglia, fieno, trucioli, scarti di cotone, ecc.) sia fortemente compresso, e abbia uno spessore di almeno 10 centimetri tutto intorno alla marmitta;

3° Che non si apra la cassetta prima che sia trascorso il tempo che si ritiene necessario per la cottura.

*Tabella dei tempi occorrenti per la cottura di alcuni cibi.*

| CIBI | Cottura solita sul fuoco Ore di bollitura | Cottura con la cassetta | |
|---|---|---|---|
| | | Minuti di bollitura | Ore di permanenza nella cassetta |
| Carne lessata. . . . | 2 ½ | 30 | 4 |
| Salame lessato. . . | 1 | 20 | 1 ½ |
| Patate. . . . . . . | ¾ | 10 | 1 |
| Fagioli secchi . . . | 2 | 15 | 2 ½ |
| Piselli secchi. . . . | 2 | 15 | 2 ½ |
| Castagne bianche. . | 2 | 20 | 2 ½ |
| Barbabietole. . . . | 5 | 30 | 7 |
| Fave secche . . . . | 4 | 30 | 6 |
| Minestrone di legumi | 1 ½ | 15 | 2 |

Vantaggi: 1° Risparmio enorme di cmbustibile. Basta uno sguardo alla tabella per persuadersene (fino al 75 %).

2° La cottura non richiede vigilanza. Questo vantaggio è grandissimo specie per le classi lavoratrici. Mentre la solita cottura sul fuoco dev'essere sorvegliata da qualcuno della famiglia, per evitare che si abbrucino i cibi o si sprechi del combustibile, marito e moglie vanno al lavoro e rinchiudono la casa senza occuparsi dei cibi, che cuociono da sè.

3° I cibi non soffrono se vengono lasciati nella cassetta un tempo maggiore del necessario per la cottura, e si levano ancora caldissimi (70-75 centigr.) dopo 8 o 10 ore di permanenza nella cassetta.

4° I cibi cotti nella cassetta sono più gustosi.

5° Finalmente la cassetta permette alle classi lavoratrici di migliorare il proprio regime di vitto. Molti cibi si consumano crudi o malcotti per economia di combustibile, o per una malintesa comodità. La cassetta riduce ai minimi termini il consumo di gas, di legna o di carbone, e la vigilanza di persone.

Colazione della mattina. Per molti si limita a una tazza di caffè o peggio a un bicchierino di acquavite che è sempre a portata di mano, mentre il latte o il brodo richiede tempo per essere preparato. Con la cassetta, basta far bollire il latte la sera, e la mattina si leva dalla marmitta ancora caldissimo e pronto per essere consumato. Lo stesso vale per il brodo.

Abuso dei cibi freddi e asciutti. Lo stomaco, specie d'inverno, richiede cibi caldi, in parte liquidi. Invece la ordinaria colazione di mezzogiorno consiste per lo più di pane e formaggio o di pane e salame, il che non va bene. Con la cassetta si può avere una buona zuppa o una buona minestra.

Esclusione di alcuni cibi nutrienti e a buon mercato. Dalla cucina dei poveri sono pressochè esclusi alcuni cibi nutrienti e a buon mercato come le castagne, le fave, i piselli (ricchi di albuminoidi) che son chiamati la carne del povero; e ciò perchè richiedono molte ore di cottura. Con la cassetta invece il consumo di combustibile non è più di quello che occorra per cuocere il riso, le patate e altri cibi di pronta cottura.

Medici, maestri, principali, capi operai: dimostrate alle donne del popolo le ragioni che militano a favore dell'alimentazione calda, dimostrate praticamente l'utilità e l'economia di questo apparecchio, di che ciascuno si può provvedere senza brevetti, senza fabbricanti e senza spese; e dite che è largamente applicato tra gli operai di quello stabilimento, ove, elevando al bene, vigila lo spirito di Ernesto De Angeli, l'industriale della solidarietà umana.

A. B.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(582) *Sulla cura delle artitri croniche.* — Si prega fare conoscere quale è la miglior cura che dovrà seguire un ammalato di poliartrite uratica con leggera deviazione delle dita della mano.

Dott. G. P. da P.

È consigliabile che gli infermi di poliartrite cronica vivano in ambiente asciutto e caldo, vestendo abiti che li proteggano sufficientemente contro le brusche variazioni termiche. L'alimentazione da preferire è la latteo-vegetale.

Nelle acutizzazioni delle sofferenze giovano i preparati salicilici. Rimedi molto utili sono lo iodio e l'arsenico.

Raccomandabili sono tutti i mezzi diaforetici generali e locali (bagni di luce elettrica, bagni di vapore) e gli impacchi caldi locali (fanghi, ecc.). È stata raccomandata anche la stasi alla Bier, il massaggio, la ginnastica medica, la corrente elettrica.

A volte utilmente si ricorre ai bagni d'acqua calda semplice o clorurata.

Localmente possono anche essere applicati i comuni composti salicilici, che sogliono utilmente essere preparati in forma di pomate: salicilato di metile, ecc.

CIUFFINI.

(583) *Sulla lattosuria.* — Prego caldamente di indicarmi delle pubblicazioni sulla lattosuria e quale il processo più sicuro ed esclusivo per la ricerca del lattosio nelle urine.

A. F. da A.

Il lattosio possiede, al pari del glucosio, la proprietà di ridurre gli ossidi metallici in soluzione alcalina: il riscaldamento deve essere protratto a lungo.

Il lattosio nelle urine si riconosce colla prova di Rubner: dieci centimetri cubi di urina si fanno bollire per 3-4' con acetato di piombo; se c'è lattosio il liquido si fa giallo, più o meno scuro. Se si aggiunge ammoniaca, il liquido si colora intensamente in rosso ciliegia e lascia un precipitato, che va dal rosso ciliegia al colore rameico.

Il lattosio inoltre si differenzia per il fatto che, eseguendo la prova della fermentazione, essa è negativa nelle prime 20 ore.

Può consultare sulla lattosuria i seguenti: An-

tenrieth e Funck, Münch. med. Woch., 1911. — Pocher, Semaine médicale, 1910. — Porcher e Commandeur, Semaine médicale, 1904.

CIUFFINI.

(584) In questa condotta ho parecchi casi di donne dotate di una folta capigliatura nero-corvina le quali presentano alla regione temporale destra un'area, larga e tonda come uno scudo d'argento, ricoperta solo di rari capelli bianchi. Si tratta di soggetti linfatici in sommo grado. Mi si assicura dai famigliari, che tale fenomeno è stato notato sin dalla nascita delle pazienti. Oltre le solite cure ricostituenti io domando alla nota cortesia della Posta degli abbonati quale cura potrei suggerire alle mie clienti per togliere queste plaghe di capelli bianchi.

Dott. P. Z. di F.

Si tratta evidentemente della così detta *poliosis congenita* (in contrapposto alla *poliosis acquisita* che si può avere dopo un'area Celsi, o dopo lesioni traumatiche, nella emiatrofia, ecc.). Poco sappiamo delle cause di questa circoscritta mancanza di pigmento nei peli: talvolta si tratta di una disposizione ereditaria e si può avere la stessa localizzazione in più membri della medesima famiglia. La terapia è assolutamente negativa e togliendo i peli bianchi, rinasceranno tali e quali.

V. MONTESANO.

(585) Desidero conoscere se oltre alle pubblicazioni del Tizzoni e dell'Antonini ne esistono altre in Italia che trattino della *Pellagra*. Sarò grato se mi si vorrà rispondere al più presto e indicarmi se sullo stesso argomento sono uscite pubblicazioni in Francia.

Abbonato n. 7485.

Oltre i lavori del Tizzoni e dell'Antonini si hanno in Italia numerosi altri studi sulla pellagra, sia diretti che indiretti.

Basta osservare alcuni degli ultimi per avere riassunta una estesissima biliografia. Così troviamo quelli dell'Albertoni e Tullio, dell'Audenino, del Baglioni, del Bezzola, di Alessandrini e di Alessandrini e Scala, del Brugnola, del Camurri, del Cesa-Bianchi, del Carboni e Cazzamali, del Moreschi, del Perroncito, del Rondoni, del Volpino e di tanti altri che sarebbe lungo enumerare.

Nella « Rivista Pellagrologica Italiana », che si pubblica ad Udine, si trova non solo la completa bibliografia, ma anche la recensione di quasi tutti i lavori.

G. A.

# CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

H. v. TAPPEINER. *Manuale di materia medica e farmacoterapia.* Traduz. ital. sulla 10ª ediz. tedesca. Un vol. in-8 gr. di pag. 519. Unione Tipografico Editrice Torinese, 1915. Prezzo L. 12.

In Italia non difettano buoni testi di farmacologia: anzi tra i recenti ve n'è qualcuno veramente ottimo, ad es. quello del Gaglio. Il trattato del Tappeiner è molto adattato per gli studenti di medicina come si dimostra dalle 10 edizioni che se ne sono stampate in Germania.

La traduzione che ora presentiamo si farà apprezzare per l'esposizione sistematica, per la diligenza con cui il lavoro è condotto, per la copia delle applicazioni alla terapia clinica e delle formule, e specialmente per le note ed aggiunte e per i rifacimenti e adattamenti dell'egregio prof. G. M. Piccinini, che ne ha fatto un lavoro quasi nuovo.

Il Piccinini ha soppresso qualsiasi accenno alla farmacopea tedesca, sostituendovi i corrispondenti della italiana, ha abolito le diciture latine e fatto posto solo a quelle nostrali.

La parte generale è ampia, lucidamente concepita, documentata.

Il successo dell'originale si ripercuoterà su questa eccellente traduzione compiuta dal dottore C. Cavina e presentata dal prof. I. Novi.

R. B.

# VARIA.

**La Croce Rossa** (Storia e statistica). — La Croce Rossa, che doveva, in breve tempo, diffondersi e svilupparsi in tutto il mondo civile, prese il nome e l'insegna da una fondazione religiosa ed italiana, quella dei « ministri degli infermi » o « frati della buona morte » instituiti da S. Camillo De Lellis nel 1582, ai quali Sisto V nel 1586 concesse l'abito dei chierici regolari con una croce rossa sulla destra del petto. Da allora la croce rossa fu simbolo d'amore e quasi bandiera dei volontari infermieri. Quando si volle reggimentare il generoso esercito degli infermieri volontari e disinteressati non si trovò insegna più onoranda della insegna di Camillo De Lellis; e nel 1865, allorchè alla Convenzione di Ginevra si gettarono le basi della grande e magnifica istituzione che oggi è vanto della civiltà

mondiale, l'iniziativa del santo italiano ebbe il più meraviglioso sviluppo. Da allora ad oggi quanto cammino! In soli cinquanta anni questo benemerito sodalizio ha raggiunto un grado di perfezionamento quale le più rosee speranze non avrebbero previsto. In Germania, ventotto Stati e terre dell'impero hanno fondato tale associazione, così che il numero complessivo dei soci si eleva a circa 720,000 e il capitale a 20 milioni di franchi. In Austria esiste una direzione centrale a Vienna, 22 società provinciali; inoltre vi sono 430 società secondarie. I membri della Croce Rossa austriaca sono complessivamente 62,000. Nel 1909 il suo capitale era di circa 20 milioni di corone per la società centrale e di 7 milioni per i gruppi provinciali. In Bulgaria la Croce Rossa contava, nel 1908, 40 sezioni. Anche in Spagna la Croce Rossa ha fatto molti progressi. I soci che erano 10,000 nel 1897 si sono elevati a 50,000 e i comitati da 200 a 534. Negli Stati Uniti la fondazione della Croce Rossa si deve ad una donna, miss Clara Barton, che la creò nel 1881: ma l'istituzione fece un lento cammino, e, fino al 1905, non contava che 300 soci. Da quel tempo, però, si diffuse assai e nel 1911 aveva un capitale di un milione di dollari. In Francia i soci della Croce Rossa nel 1912 erano 136,000 e il capitale di 30,667,758 franchi. Nella Gran Bretagna, dove la Croce Rossa fu fondata da miss Nightingale, si impone specialmente l'assistenza ai feriti nelle guerre navali. La Croce Rossa giapponese è una delle ultime che siano state fondate, ma ha già preso il più grande sviluppo. I suoi fondatori si auguravano di reclutare un socio su 400 abitanti e sono riusciti a reclutarne uno su 38. La società comprende circa 1,300,000 soci che dànno un introito di 6 milioni annui. La Croce Rossa russa si distingue dalle altre, in quanto che non ha carattere privato, ma i suoi funzionamenti debbono essere accettati dall'Imperatore. Al 1° gennaio 1910 essa disponeva di un capitale di 24 milioni. In Svezia la Croce Rossa ha 11 mila soci e dispone di un capitale di 430,000 franchi: il valore del suo materiale è di 810 mila franchi. In Svizzera la Croce Rossa conta 33,554 membri, ripartiti in 50 sezioni. Il suo capitale è di circa 370,000 franchi e il valore del suo materiale di 250,000 franchi. Per l'Italia, il Legrand dice che la Croce Rossa conta 26,998 soci e che dispone di un capitale di 4,615,552 lire e di un materiale del valore di 3,153,157 lire.

Queste notizie sono date dal *Corriere d'Italia*.

**Guerra e pace.** — Il prof. Augusto Murri scrisse, nel *Numero Unico* del XX Settembre pubblicato a cura del Comitato Bolognese « Pro Patria », un breve ma interessante articolo intitolato *Per la pace,* del quale riferiamo volentieri il principio e la chiusa. « Parrà strano, scrive il prof. Murri, che oggi si trovi con i fautori della guerra uno, che venticinque anni sono diceva: « i cuori ingentiliti non subiscono oggimai alcun fascino da certi eroismi, che non sanno risplendere se non dove imperversa l'odio fraterno; c'è non una ma mille occasioni in cui l'anima umana può elevarsi alla virtù del coraggio, del sacrifizio, della devozione senz'alcun bisogno di devastar paesi, senza seminare stragi e miserie, senza commettere quell'ammirata eppure abbiettissima viltà di usare la forza contro il diritto ». Eppure io, che dissi questo, ho invocato per l'Italia d'oggi la guerra. Chi ben guardi troverà l'origine dell'apparente contradizione... La Germania, conclude il prof. Murri, non può, non deve essere diminuita. Ma se sarà domata dalla concorde azione dei popoli ch'ella tenta di conquistare e di dominare, una vera, lunga pace potrà davvero sorgere in Europa. Tali aspirazioni fanno sorridere di pietà i sapienti, che sentenziano fatali le guerre. La loro sapienza parrebbe nientemeno che sperimentale: le guerre ci sono state sempre: dunque ci saranno sempre! Si potrebbe osservare, che fra gli italiani le guerre ci furono sempre e non ci son più: che fra i Tedeschi le guerre ci furono sempre e non ci son più? Aspettiamo a sapere perchè in Europa, dove le guerre ci furon sempre, non debba mai sorgere il giorno, in cui non ce ne sieno più. La storia, interrogata con questa logica, è tutt'altro che la maestra della vita, perchè il futuro non è la ripetizione del passato. Il profeta politico ha ancora da nascere appunto per questo!

La Germania vinta, non oppressa, sempre libera di sè stessa, rinsavirà: sarà essa la prima a riflettere che il programma Bismarkiano *del ferro e del fuoco* è un controsenso nell'Europa moderna. E sarebbe tempo di finirla col coonestare le iniquità permanenti col sacro nome di pace: la Polonia non ha avuto mai pace da che i tre Imperi l'ebbero lacerata: l'Italia non ha mai avuto pace da che s'avvide che una sì cara parte del suo bel corpo l'era stata strappata. Forse una violenza non diventa anzi più ingiusta allorchè più dura? Le armi tacevano dal 1866, e i governi mentivano consapevolmente cogl'inni alla pace, ma l'anima italiana non cessò mai di fremere per la prepotenza, cui violentemente era costretta di sottostare. E' forse questo mezzo secolo d'odii la pace, che noi abbiamo avuto il torto d'interrompere? Ognuno, che serva davvero alla causa dell'umanità piuttosto che alla propria, o a quella de' proprii so-

ci, dovrebbe aspirare alla pace vera degli animi. Il fomentare l'odio fra gli uomini è disonesto. Bismarck disse: *se uno m'odia, io l'odio*. Ma chi odierà mai una nazione, che lavori pacificamente per migliorare sè stessa senz'offesa degli altri? Per noi interventisti d'Italia non c'è visione del futuro, che ci arrida più di quella, che promette di veder cancellate tutte le conseguenze della violenza. Allora solo i popoli inizieranno quelle relazioni veramente fraterne, che ora non possono esistere fra chi usa la prepotenza e chi la deve subire. Per parte nostra noi saremo sempre pronti a mantenere la parola data per noi da un italiano illustre agli Austriaci: *ripassate le Alpi e tornerem fratelli* ».

(*La Rif. Med.*).

**Le sezioni di sanità militare.** — Un giovine laureando in medicina, che ora è soldato di sanità e presta servizio al fronte, in una lettera al prof. Malladra, direttore dell'Osservatorio Vesuviano, scrive quanto segue intorno alle sezioni di sanità « completamente sconosciute alla maggior parte del pubblico che non sa nè cosa siano, nè quale compito abbiano.

« Ella saprà che le sezioni di sanità sono unità mobili di sanità poste al seguito delle truppe. Compito loro è di raccogliere i feriti al posto di medicazione, dove vengono trasportati dai portaferiti reggimentali, e di lì farli giungere al posto di concentrazione e poi a quello di sezione. Ma in caso di bisogno il personale della sezione viene anche mandato a prendere i feriti in trincea, durante il combattimento.

« Basta questo per comprendere a quali pericoli sono anch'essi esposti. Essi non vedono che il lato brutto della guerra, raccolgono i feriti grondanti sangue e lacrimanti, o provvisoriamente fasciati li sorreggono, e li portano in barella attraverso zone battute incessantemente dal fuoco, specie di artiglieria. E bisogna che camminino solleciti: non possono valersi di ogni riparo, perchè i minuti sono preziosi per la vita del ferito che ad essi è affidato. Non ci può essere in loro l'entusiasmo che ubbriaca e spinge ad un assalto alla baionetta; eppure camminano sotto il fuoco con la mente calma, attenti a trasportare con ogni riguardo il ferito.

« Un tenente di fanteria, parlando con me e con alcuni compagni al posto di concentrazione, diceva: « Ammiro il sangue freddo della sanità ». E le truppe stesse che incontriamo, mentre si recano in trincea o ne tornano camminando chine, ci gridano: « Attenti, sanità! Abbassatevi! »; e i feriti stessi ce lo dicono: « Non esponetevi troppo! ».

« Questa è la nostra guerra: non fatta di atti d'eroismo brillanti; oscura, ma non meno nobile di quella che combattono i nostri compagni ».

**Sulla preparazione sanitaria nella battaglia della Champagne.** — Da una corrispondenza di L. Schisà al « Giornale d'Italia » riportiamo questo brano:

Che cosa rappresenta la Formazione sanitaria nella preparazione di una battaglia, cioè a dire nello impianto degli ospedali di transito per i feriti raccolti sul campo di battaglia e destinati ai grandi ospedali regionali, ve lo può dimostrare questo dettaglio che mi è stato dato all'ospedale impiantato nella fattoria di Cuperly, a mezza via tra il campo di battaglia e Chalons. Questo ospedale, *in una sola giornata*, l'indomani dell'attacco, ha evacuati 12,000 feriti.

---

**Per finire.**

— Signorina, è proprio decisa a fare l'infermiera sul fronte?
— Decisissima.
— E' preparata?
— No. Ma oggi è di moda. E poi quest'abito mi sta così bene!
(Dal « Nurse's Own Magazine »).

Fra due sindaci di due piccolissimi comuni:
— Dunque voialtri siete senza medico da quattro mesi?
— Precisamente!
— Come mai?
— Perchè l'unico che avevamo è richiamato sotto le armi e non è ancora stato sostituito.
— E come fate?
— Si muore egualmente!

In treno, un soldato portava un braccio accuratamente fasciato. Ad un tratto una signora che sedeva accanto a lui, con aria abbastanza pietosa, gli domando:

— Siete stato ferito al fronte?

Il soldato senza scomporsi:

— No, signò, sono stato ferito o' vraccio...

---

**Premio semigratuito per gli abbonati al "Policlinico,,**

**ELEMENTI DI ODONTOIATRIA e di protesi mascellare e facciale**

**ad uso dei medici e degli studenti di medicina**

del Prof. ANGELO CHIAVARO
della R. Università di Roma
con prefazione del Prof. F. DURANTE.

*Seconda edizione, in commercio al prezzo di* **L. 10,** per gli associati al "Policlinico,, solo **L. 6** franco di porto.

**Per riceverlo prontamente, inviare cartolina-vaglia al Prof. ENRICO MORELLI - Via Sistina, 14-15 - Roma.**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Per gli ufficiali medici di complemento e della territoriale.

Riceviamo e pubblichiamo:

*Rispettabile signor Direttore*
*del « Policlinico ».*

Giacchè nella sua accreditata rivista medica « Il Policlinico » ella altra volta ha spezzato con successo una lancia per il trascurato Corpo sanitario militare, vengo a pregarla, perchè voglia richiamare l'attenzione sul disagio *morale* e *finanziario* dei tenenti medici di *complemento* ed in ispecie quelli provenienti dalla *Milizia territoriale,* nel maggio ultimo per la prima volta chiamati al servizio militare, e che ora servono con onore e slancio nei reggimenti e negli Ospedali da campo.

Questi ufficiali medici territoriali, per la legge Zuppelli del febbraio ultimo, furono nominati sottotenenti, quelli aventi meno di cinque anni di laurea, tenenti quelli oltre i cinque anni di laurea, e capitani quelli oltre quindici anni di laurea o che fossero pareggiati.

Comprenderà benissimo che questa disposizione ha messo professionisti di età inoltrata in condizioni morali depresse, per trovarsi solo *tenenti* nell'esercito, quando essi nella vita borghese avevano raggiunto un grado sociale, ed un posto professionale per lungo e paziente lavoro di studio e preparazione.

Pertanto la maggior parte dei professionisti, giacchè il limite di tenente è dai cinque ai quindici anni di laurea, si trova inquadrato col semplice grado di tenente, o subalterno, quando nelle altre armi (fanteria ed artiglieria) si incontrano a piè sospinto capitani giovani dell'età di 23 anni o poco più, promossi a tal grado, solo per mancanza di quadri e non per altro. Di conseguenza ne deriva, che uomini dai capelli quasi incanutiti dal lavoro e dall'età, con titoli accademici e pubblicazioni, ecc. devono piantarsi e salutare, con le perfette regole militari, superiori giovanotti, promossi capitani, per mancanza solo di personale.

Sebbene questi capitani abbiano il grado in più, la distanza dell'età enorme è un fattore morale di grande importanza, e di fatti come può rimanere tranquilla ed indifferente la propria coscienza ed il proprio morale, quando un uomo con oltre dieci anni di laurea si trova inferiore ad un giovanotto semi imberbe a 23 anni, e qualche volta, e non di rado, di età minore ancora?

Come può rimanere indifferente, questa classe di professionisti, e prestare silenziosa e cosciente il suo braccio e la sua mente, quando dalla vita borghese, nella quale si trovavano circondati dalla stima, guadagnata per valore e costanza, si trovano oggi anziani, ad essere *subalterni,* così son chiamati i sottotenenti e tenenti, ed essere inferiori di grado a tanti giovanotti?

Un altro fattore morale, che deprime non poco, è vedere promossi aspiranti giovani studenti del 5° anno di medicina, i quali, sebbene privi di stellette, pure fanno parte della categoria dei sulbalterni, con le stesse mansioni, mettendo così in un sol fascio i tenenti anziani, i sottotenenti ed i giovani aspiranti.

La sproporzione morale tra i tenenti e gli aspiranti, e tra i tenenti ed i giovani capitani delle altre armi, è evidente. Inoltre, la condizione dei tenenti medici anziani, è resa ancora più penosa dall'esistere nell'esercito un grande distacco morale tra i *subalterni* ed i *capitani,* i quali poi tutti negli ospedali prestano uguale servizio e sono per lo meno di uguale valore.

Ora entriamo a discutere il « disagio finanziario » dei detti.

Si deve a priori ammettere che i medici di complemento, e quelli richiamati di terza categoria appartenenti alla Milizia territoriale, con oltre 10 anni di laurea, specie quelli, e non pochi, residenti nelle città, dopo lungo tirocinio di costruzione paziente professionale, sieno giunti ad assicurare all'economia delle proprie famiglie, un introito di certo superiore alla semplice paga di un tenente, sia pure nello stato di guerra.

Come questi tenenti possono sopperire ai bisogni loro e delle proprie famiglie, alle volte numerose e risiedenti nelle città, ove la vita è così rincarita, con lo stipendio ed indennità del tenente, che rappresenta forse la metà delle abituali entrate professionali?

Tale disagio finanziario è reso ancora più evidente dal fatto che si è creduto opportuno retribuire con la medesima paga del sottotenente un aspirante ancora giovane e senza famiglia, dando poi pochi centesimi meno di una lira giornaliera in più ad un tenente anziano e con famiglia da sostenere.

Basterebbe questa semplice dimostrazione per finire. Ne risulta il disagio finanziario dei tenenti medici dai 5 ai 15 anni di laurea.

Un'ultima considerazione: è a notarsi che tutti i coetanei e compagni di studio universitario i quali hanno prescelta la carriera militare, sono

già da parecchio capitani medici, e variano per età dai 30 ai 38 anni, mentre i richiamati sieno essi di complemento o della Milizia territoriale in ispecie, anche oltre tale età, sono tutti tenenti o subalterni, acuendo il loro disagio morale nel trovarsi inferiori di grado e di retribuzione ai loro antichi compagni di corso universitario.

Si potrebbe obbiettare per gli effettivi, che essi hanno prestato ininterrotto il servizio militare, e rispondiamo subito che per ricompensa essi hanno ora la carriera più celere, ed il gran vantaggio della futura e comoda pensione.

Per i secondi invece dopo la guerra, il disagio continua, perchè sono costretti a rifare con nuovo e paziente lavorio, ciò che prima costruirono professionalmente attraverso lunghi e penosi anni. La qual cosa dopo la guerra non è tanto facile e per l'età e per le condizioni sociali. Una parola di giustizia è bene che, dalla sua rivista accreditata ed intesa, parta a tranquillizzare ed a fare ottenere ciò che spetta a questa categoria trascurata di professionisti, che da sei mesi nel silenzio, e fiduciosa, aspetta ad ottenere quel grado morale cui ha diritto. Promuovano capitani i medici con almeno *dieci* anni di laurea, modificando la legge Zuppelli: così sono giustamente distribuiti il grado e l'indennità sia in rapporto all'età, che alla posizione sociale.

Attendiamo che la giustizia venga a noi, che con slancio e con abnegazione abbiamo dato metà del nostro avvenire, con lieto animo, alla grandezza della adorata nostra patria, e che sempre serviamo con amore e fede.

Un tenente medico a 39 anni d'età.

## Sempre il boicottaggio di Passirana.

Ci si comunica:

Il boicottaggio del concorso al posto di direttore dell'ospedale di Passirana, deliberato dalla Sezione gallaratesi della A. N. M. C. e dal Comitato regionale lombardo dell'Associazione dei medici ospitalieri; quantunque riuscito — almeno per quanto se ne può sapere — non ha avuto alcuno effetto sulla sorte del dott. Rossini, sacrificatosi per un interesse altruistico e per la dignità della classe, e ciò per le peculiari condizioni di quell'Opera Pia che sfugge alle nostre sanzioni.

Il dott. Rossini quindi, apparentemente vinto, ha lasciato il posto in cerca di un pane che, anche se scarso, sarà sempre meno amaro di quello perduto.

Con ciò però la lotta non è chiusa. Le organizzazioni sanitarie di categoria non hanno detta l'ultima parola e mentre nel dott. Rossini salutano una delle tante vittime di sistemi che solo possono ancora allignare nelle incivili plaghe asservite a tutte le ignoranze di un passato per nostra vergogna sopravissuto, e dove la malsana politica localistica narcotizza i pubblici poteri preposti alla vigilanza, *ricordano a tutti i medici d'Italia che il posto di direttore dell'ospedale di Passirana è boicottato e che nessuno cui prema la dignità propria e della classe e l'interesse degli infermi deve concorrervi od accettare la nomina che gli venisse proposta, sino a quando le organizzazioni non avranno ottenuto le riforme indispensabili perchè i casi Rossini ed Angeletti non si abbiano a moltiplicare.*

Quei pochi sconsigliati che calpestando ogni solidarietà hanno voluto presentarsi al concorso e mantenervisi malgrado un proclamato boicottaggio, per poco che riflettano al danno che arrecano a tutta la classe sentiranno la vergogna di un atto che ha tutto il sapore del tradimento.

Diffidate — noi diciamo loro — nè lusinghe, nè blandizie, nè promesse vi smuoveranno! Quando i tempi saranno migliori e l'opinione pubblica potrà interessarsi ancora di questi problemi gravissimi di civiltà discuteremo; oggi no. Una volta tanto si obbedisca in nome di quell'interesse supremo che vincola il medico e l'ammalato.

Dott. Giuseppe Forlanini, presidente del Comitato regionale lombardo dei medici ospitalieri.

Per la Sezione Gallaratese dell'Associazione N. M. C.: dott. Arsuffi Francesco.

## Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie.

*Primo elenco dell'Ordine dei medici di Roma.*

| | | |
|---|---|---|
| Alessandri prof. Roberto - Roma . . | L. | 200 |
| Ascenzi prof. Odoardo - Roma . . . . | » | 50 |
| Morini prof. Vincenzo - Roma . . . . | » | 50 |
| Osti dott. Anselmo - Roma . . . . . | » | 10 |
| Galanti dott. Fausto - Montelibretti . . | » | 5 |
| Villa dott. Achille - Roma . . . . . | » | 50 |
| Venditti dott. Achille - Roma . . . . | » | 10 |
| Ballerini dott. Enrico - Roma . . . . | » | 50 |
| Arcangeli dott. Arnaldo - Roma . . . | » | 15 |
| De Fabi dott. Achille - Roma . . . . | » | 15 |
| Venere dott. Ernesto - Terracina . . . | » | 15 |
| Mariotti dott. Ugo - Roma . . . . . | » | 15 |
| Jung dott. Enrico - Roma . . . . . | » | 5 |
| Francavilla dott. Aristide - Genzano . . | » | 10 |
| Pedonesi dott. Salvatore - Piperno . . | » | 20 |
| Marchiafava prof. Ettore - Roma (1ª *off.*) | » | 150 |
| Tecca dott. Romualdo - Roma . . . . | » | 5 |
| Zevi dott. Vittorio - Roma . . . . . | » | 10 |
| Federici dott. Osvaldo - Roma . . . . | » | 10 |
| Figoli dott. Fausto Torquato - Ceprano | » | 5 |
| Ottolenghi prof. Salvatore - Roma . . | » | 10 |
| Rossoni prof. Eugenio - Roma . . . . | » | 50 |
| Spolverini prof. Luigi Martino - Roma | » | 20 |
| Sprega dott. Giulio - Roma . . . . . | » | 10 |
| Verney dott. Lorenzo - Roma . . . . | » | 20 |
| Totale . . . | L. | 810 |

*I medici condotti e i mezzi di trasporto.* — Una recente circolare ministeriale ai Prefetti dispone che sia redatto un elenco dei mezzi di trasporto di cui devono esser provvisti i medici condotti pel loro servizio: tale elenco dovrà essere trasmesso alle Commissioni militari di requisizione, affinchè possa decretarsi l'esenzione.

Di questo successo va fatto merito alla Presidenza dell'A. N. M. C.

## CONDOTTE E CONCORSI.

FONTANA LIRI (*Caserta*). — Cercasi medico condotto interino, con l'annuo stipendio di lire 3000.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosesto*). — Cercasi medico interino per periodo indeterminato. Per le condizioni e le altre modalità rivolgersi al Sindaco.

VERONA. *Consiglio ospitaliero.* Cercansi subito due medici chirurghi assistenti provvisori per l'Ospedale civile col compenso mensile di lire 250 nette ed indennità di lire 5, oltre il vitto, per ogni servizio di guardia.

Medico quarantaduenne, pratico condotta, accetterebbe interinato a lunga scadenza in comune con popolozione riunita non abbisognante cavalcatura purchè a condizioni vantaggiose. Scrivere dr. Q. Principe, Roccabascerana (Avellino).

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ROMA. *R. Università.* — Hanno vinto il premio Corsi nella Facoltà di medicina e chirurgia i dottori: Pirondini Eugenio, Brancati Raffaele; il premio i signori: Berti Guido, Saja Francesco, De Sanctis-Monaldi Tullio, Tagliaferri Mario, Doria Romolo, Zanella Antonio ed i dottori Blasi Gaetano, Cardelli Aldo; il premio Maggi il dottor Masci Bernardo.

PERUGIA. — Il prof. Ercole Cova, direttore della R. Scuola d'ostetricia di Vercelli, è stato nominato, a datare dal 1° novembre, professore straordinario di ostetricia e direttore della Scuola di ostetricia nella Università di Perugia, e primario della Maternità e del Brefotrofio di quella città.

FIRENZE. — Il prof. E. Ferrari è nominato, in seguito a chiamata, ordinario di clinica ostetrico-ginecologica a Firenze e direttore del relativo Istituto. Il dott. G. Basso cessa in seguito a dimissione dall'incarico dell'insegnamento e della direzione di detta Clinica.

*Ordine della Corona d'Italia.*

Commendatori: Eugenio Salatino, di Roma; prof. dott. Gaetano Sorge, di Napoli; prof. Ferraris Paolo, di Roma.

Ufficiali: dottori Cuneo Ambrogio e Costa Cornelio, Genova; Tonia Romano, Cairo; Antoniucci Giulio, Sarni.

Cavalieri: dott. Biondo Vittorio, Torino; Perazzo Enrico, Barestrello G. B. e Verona Antonio, Genova.

## NOSTRE CORRISPONDENZE.

### Inaugurazione del corso di medicina A. Minich all'Ospedale civile di Venezia.

Il giorno 3 novembre all'ospedale civile di Venezia il dott. Alessandro Zoppi, chirurgo primario, tenne la prolusione del corso di perfezionamento di medicina istituito con testamento A. Minich sul tema: Concetto moderno dell'ortopedia.

Dopo aver accennato brevemente alla storia dell'ortopedia fino dalle origini (500 anni a. C.) disse che il campo di questa specialità non fu mai definito con chiarezza; esso non deve limitarsi alle deformità dell'infanzia, ma comprendere tutta la chirurgia dell'apparato di movimento. L'ortopedico non deve essere solamente un meccanico o un terapista fisico, ma un chirurgo specialista degli organi del movimento; e prima di diventare un buon ortopedico, bisogna saper essere un buon chirurgo generale. Anche la traumatologia deve essere compresa nell'ortopedia, e quest'arte fu innalzata a vera scienza, quando si applicò la teoria dell'adattamento funzionale, per la quale gli organi con modificazioni di forma e di struttura si piegano a nuove funzioni: cioè ristabilire la funzione dove manca. L'O. passate in rassegna le varie conquiste dell'ortopedia, fa rilevare quanto questa arte debba al genio italiano. Cita la *cinematizzazione* inventata dal Vanghetti nel 1906, che ha per iscopo di utilizzare i tendini dei muscoli dell'arto amputato come motori di apparecchi di protesi sapientemente costruiti. Fa voti che molti degli amputati della nostra guerra possano in secondo tempo essere rioperati, e riacquistare la gioia di bastare a se stessi.

Il Zoppi conclude rievocando con accento commosso la memoria del suo illustre maestro prof. Codivilla a cui dobbiamo in gran parte l'indirizzo attuale dell'ortopedia, anzi non vi fu argomento della specialità che Egli non abbia trattato e dove non abbia lasciato l'impronta del suo forte ingegno e della sua vastissima erudizione.

A. DIAN.

### Inaugurazione dei corsi universitari a Pavia.

**Pavia, 11 novembre.**

Si è inaugurato oggi l'anno accademico della nostra Università. Dopo il discorso del nuovo rettore prof. Oreste Ranelletti che ha, tra l'altro, commemorato gli studenti dell'Università caduti al fronte per la grandezza della patria, ha avuto la parola il chiarissimo prof. Vittorio Ascoli che ha con lucida parola e con profonda sintesi trattato « Dell'evoluzione dell'organismo umano ».

Il chiaro oratore è stato vivamente applaudito dal numerosissimo uditorio e complimentato dalle autorità.

VALENTI.

# MEDICINA SOCIALE.

## La Commissione Centrale Sanitaria del Comitato Napoletano per l'Organizzazione Civile.

In quest'ora grave e solenne per i destini del paese, la Commissione Centrale Sanitaria del Comitato Napoletano per l'Organizzazione civile non ha mancato di studiare tutti i mezzi per recare ogni forma di conforto agli infermi appartenenti alle famiglie dei richiamati.

Alle angustie create all'assistenza ospedaliera dalla preoccupazione sorta in ogni Ente di tener molti letti a disposizione dei feriti in guerra, il Municipio ha risposto con la creazione di un ospedale di 300 letti che già funziona nei locali di S. Gennaro *extra moenia* e col fermo proposito di portare al più presto il numero dei letti a 500. Per l'assistenza ospedaliera dei bambini sono in atto accordi con la Clinica pediatrica diretta dal prof. Jemma pel ricovero dei piccoli infermi realmente bisognosi di cure mediche e con l'Istituto Ortopedico Ravaschieri diretto dal prof. Curcio per quelli bisognevoli di cure chirurgiche ed ortopediche. Gli ulteriori provvedimenti circa l'assistenza ambulatoria ed a domicilio sono stati fissati entro i seguenti termini: 1° l'assistenza sanitaria sarà fatta principalmente in ambulatorii ed a domicilio, servendosi dei Comitati sezionali e dei Comitati di consulenza sanitaria; 2° l'assistenza alle partorienti verrà fatta a domicilio; 3° la Commissione sanitaria centrale distribuirà inoltre, gratuitamente e nei limiti del possibile, latte, medicinali ed alimenti e quei presidi chirurgici che saranno ritenuti strettamente necessari su rapporto del sanitario incaricato della visita. Per svolgere un simile programma d'azione, la Commissione ha ottenuto dalla Giunta esecutiva la somma di lire quindicimila pel bimestre settembre ed ottobre ed è sicura che eguali erogazioni otterrà per i bimestri consecutivi. Allo scopo di semplificare il meccanismo di funzione dell'assistenza a domicilio, la Commissione ha distribuito ai vicesindaci di ogni Sezione relativi moduli per la richiesta dei sanitari (medici sezionali e consulenti) e per la prescrizione dei medicinali, del latte ed in casi eccezionali di alimenti e presidii chirurgici, sorretta in quest'opera di umano e fraterno conforto dalle generose profferte della benemerita classe farmaceutica napoletana. Ben fortunata, infine, è stata la Commissione nella organizzazione dell'assistenza sanitaria giacchè all'infuori dei Comitati medici sezionali pel generoso e commovente slancio delle personalità che onorano per altezza d'intelletto, per esperienza, per decoro di nome, la scienza medica napoletana, ha potuto organizzare i Comitati di consulenza per le sette sezioni sanitarie in cui è stata divisa la città; ne fanno parte i più reputati clinici e professionisti medici napoletani.

In tal modo sarà dato anche agl'infermi più umili e diseredati dalla fortuna l'opportunità di poter consultare per i vari mali i cultori delle varie specialità della scienza medica e la gioia di poter attingere una parola di sovrano conforto dalla bocca di coloro che in Napoli sono della scienza massimi cultori.

Forte di una così salda ed autorevole cooperazione la Commissione sanitaria centrale procederà nella sua via di fraterno soccorso, ben lieta se con la sua opera benefica potrà lenire le sofferenze di coloro che in quest'ora sanguinosa agli affanni del corpo mescolano le ansie, le trepidazioni per i cari e baldi giovani eroicamente pugnanti per la più radiosa gloria italica. Che il consenso e la solidarietà dei cittadini accompagni e sorregga una così grande e disinteressata opera d'amore e di pietà!

## L'assicurazione degli operai nelle terre redente.

Attuando il suo proposito di mantenere integre nei territori occupati le provvidenze sociali anche durante il periodo più intenso delle operazioni militari, il Comando Supremo ha riattivato nelle terre redente l'assicurazione operaia tanto per i casi di malattia, quanto per gli infortuni sul lavoro.

Per quanto concerne l'assicurazione per malattia, furono rimesse in funzione con disposizioni amministrative le preesistenti Casse distrettuali per ammalati, affidandone la gestione, nei casi e modi previsti dalla legge, ai Commissari civili per i singoli distretti politici.

All'assicurazione per gli infortuni provvede ora una ordinanza del Comando Supremo del 7 corrente con validità dal 15 del mese scorso. Essa ovvia alla mancanza dell'Istituto assicuratore (esistente nel passato regime a Trieste per la regione Adriatico, a Salisburgo per il Trentino e l'Ampezzano) con l'affidare il servizio dell'assicurazione, sì obbligatoria che facoltativa, nei territori occupati, alla Cassa Nazionale infortuni, con gestione da tenersi distinta da quella per il Regno.

Sono modificate le singole disposizioni delle leggi austriache in conformità alla situazione eccezionale del momento ed è coordinata la competenza delle autorità politiche in questa materia coll'assetto amministrativo ora in vigore per i territori occupati.

## Opere igieniche.

Il sottosegretario di Stato per l'interno, on. Celesia, ha inviato ai prefetti del Regno una circolare nella quale, dopo avere ricordato che, con decreto luogotenenziale 1° agosto 1915, furono approvate alcune disposizioni dirette a sollecitare l'esecuzione di opere igieniche a complemento delle disposizioni già date dal R. Decreto 27 settembre 1914, rileva che il decreto luogotenenziale suddetto mira precipuamente alla semplificazione della procedura per la concessione dei mutui di favore e dà al Ministero facoltà di concedere sussidi diretti in capitali per opere urgenti e di immediata attuazione, confermando ed aumentando le facilitazioni già ammesse nel precedente R. Decreto sopra citato.

La circolare, da un confronto dei due decreti, ricorda e pone in rilievo le norme alle quali i Prefetti del Regno dovranno attenersi d'ora in avanti, per sollecitare la esecuzione di opere igieniche e raccomanda ad essi vivamente di vigilare perchè sia curata la più esatta osservanza delle norme stesse da parte degli uffici dipendenti.

## Propaganda igienica.

Il prof. L. Devoto ha tenuto a Bari una conferenza sulla propaganda igienica, a beneficio del Comitato di assistenza civile. V'intervennero S. E. l'on. Balenzano, il sindaco di Bari, gli

onorevoli Lembo e Buonvino, S. E. il generale comandante d'Armata comm. Tommasi, il medico provinciale Masi e molti altri cittadini. Riportiamo alcuni brani della conferenza:

In questa grande ora in cui il valore della vita, davanti ai generosi olocausti di tanta gioventù italiana, pare quasi annullato, è necessario, anche in omaggio agli eroi caduti, esaltare e rinforzare la vita dinanzi alle insidie dei morbi, intensificare tutte le nostre campagne igieniche e subito, perchè questo magnifico autunno della patria è idealmente preparato alle nostre semine.

Se in ogni comune d'Italia si svolgesse col maggior impegno la campagna igienica si potrebbero risparmiare non meno di 200 mila morti all'anno. La protezione dei bimbi che è così facile e così promettente ha oggi anche un altro nobile obbiettivo, quello di risparmiare ansie e dolori ai genitori che son soldati. Vigilare e consigliare le madri che allattano, liberarle dai tanti pregiudizi, aiutare ed assistere le madri gestanti perchè sieno bene nutrite, meno strapazzate negli ultimi tempi, bandire crociate contro l'allattamento mercenario ed artificiale, eliminare le «comari» e le sedicenti medichesse, inculcare l'amore alla pulizia, alla luce, al sole, la vita all'aperto, la fiducia nei sanitari, ecco le ricette per risparmiare molti e molti piccini.

Gli insegnanti, ed in modo particolare le maestre dei comuni rurali, debbono essere mobilitati; per l'igiene possono fare molto ossia dare agli scolari i primi rudimenti di pulizia personale e domestica, controllarli nello stato di salute a norma di accordi presi col medico, per sorprendere all'inizio le malattie infettive che nella scuola non sorvegliata hanno la stazione di distribuzione e di moltiplicazione. Gli insegnamenti delle scuole normali andrebbero opportunamente ritoccati per produrre insegnanti con speciale competenza nelle quistioni igieniche.

Gli emigranti, dirozzati in fatto di preservazione igienica, non saranno più insidiati brutalmente dai climi malsani, dalle malattie infettive e dalle fatiche senza limiti.

I compiti dell'igiene saranno più facilmente promossi quando la madre operaia ritornerà ad essere la proverbiale madre di famiglia.

Il principio che ai mestieri pericolosi e ardui siano addetti operai sani, colti e ben retribuiti è oggi un postulato dell'igiene e dell'economia sociale. L'oratore ricorda che tale concetto venne da lui illustrato in una conferenza a Brescia 14 anni addietro, in quell'epoca in cui il Ministro Zanardelli dette il massimo impulso alla legislazione sociale, Ministero di cui faceva parte il Balenzano ed una gloria per noi medici, Guido Baccelli.

Le scuole medie e superiori dovranno a poco a poco, sentendo l'onda igienica che si eleva, diventare altrettanti centri di irradiazione igienica ed il concetto di «salute» penetrerà talmente nel pubblico da deprimere ogni altro fattore di ricchezza che sarà secondario. Quando le masse avranno compreso che alcune malattie si possono prevenire con certezza, che la tubercolosi è malattia che guarisce se scoperta per tempo, quando gli operai e le madri operaie che si ammalano andranno subito dal medico, ed i sindaci saranno convinti che un primo caso di malattia infettiva nel comune è un pericolo per il paese, che i casi successivi disonorano il comune stesso e aprono le responsabilità personali, quando i comuni andranno alteri di avere la minima mortalità e particolarmente di quella dei bambini, cessato lo sfruttamento dei piccoli ragazzi e allorquando la luce, il sole e la pulizia penetreranno ovunque e le leggi sociali avranno ripreso il loro ritmo evolutivo, l'Italia avrà raggiunto il suo ideale di lavoro e di gloria, perchè colla popolazione cresciuta di numero e di salute e di letizia produrrà un lavoro intenso e redditivo che coronerà degnamente e romanamente il sacrifizio di tanti soldati nostri che ci avranno giovato, imponendoci le opere di elevazione.

Ma per riuscire bisogna mobilitare subito tutti gli animi ben disposti, istruire nelle scuole, riordinare le scuole e rimobilitare le nuove reclute.

### La scuola all'aperto a Milano.

Nella stagione estiva la scuola all'aperto di Milano ha ospitato 260 alunni; trasferita dalla Bicocca a Niguarda nel proprio padiglione eretto per la munifica elargizione della vedova Erba, fu aperta nella primavera di quest'anno con 120 alunni che poi salirono, dopo la guerra, con i figli dei richiamati a 260, scelti anche questi fra i più gracili poichè il concetto fondamentale è sempre di svolgere opera prevalentemente sanitaria.

I fanciulli milanesi si adunano alle scuole elementari della Comasina e poi sono portati col tram alla scuola, dove si recano invece a piedi quelli che abitano in quei paraggi.

Durante una visita compiuta giorni sono dalle Autorità milanesi, gli alunni si presentarono in gruppi illustranti le varie fasi della giornata scolare: lavori femminili, doccie, cure solare, lezioni, riposo in veranda, siesta, canto, ginnastica, ecc., facendo conoscere ed apprezzare la bontà del regime, i vantaggi fisici e intellettuali conseguiti e la buona organizzazione della scuola.

### Colonia fluviale sull'Adda.

È sorta per iniziativa della Sezione della mutualità scolastica italiana di Lodi una colonia fluviale in riva all'Adda. Utilizzare l'aria balsamica e sempre pura che le correnti aeree, conseguenza delle correnti acquee, procurano anche nella pianura sulla riva dei fiumi è stato il concetto informatore di questa iniziativa, e l'esperimento condotto a termine nello scorso anno con fede, con entusiasmo, apre nuovi orizzonti alle cure d'aria.

Le colonie fluviali, poco costose, per il fatto che possono essere costituite vicino al centro di abitazione dei coloni, integra mirabilmente l'opera delle colonie marine e climatiche: e possono benissimo considerarsi come scuole all'aperto, anzi come convitti all'aperto, ove richiamando il fanciullo alla vita della natura, lo si richiama alla salute, alla giocondità del vivere, alla vita fattiva.

I fanciulli, al cospetto del sole e dell'aria, sono occupati unicamente a manovrare colla massima intensità la vanga, la zappa e la carriola per trasportare sabbia e sabbia, per riposarsi poi sotto una ospitale tenda della Croce Rossa, o all'ombra ristoratrice dei pioppi o dei salici.

# NOTIZIE DIVERSE.

### Sui campi dell'onore.

Mentre con abnegazione e coraggio prestava l'opera sua ai feriti, è caduto eroicamente al fronte il giovane sottotenente medico dott. ARCHITA ZITO, di Taranto (Lecce).

Sono anche caduti gli studenti in medicina:
BONFANTI GIULIO CESARE, di Torino;
NOZZONE GIOVANNI, di Roma;
SALERNO GIORGIO, di Stilo (Reggio Cal.).

### Albo d'oro.

Recenti decreti luogotenenziali proclamano le seguenti promozioni per merito di guerra:

PACE cav. LUIGI, maggiore medico, è promosso tenente colonnello medico;

CACCIA cav. FILIPPO, capitano medico, è promosso maggiore medico.

E' stata conferita la medaglia di bronzo al valore al dott. TRIPPUTI NICOLA, da Spinazzola (Bari), tenente medico di complemento, sezione sanità.

Hanno meritato l'encomio solenne i dottori:

BATTAGLIA GIOACCHINO, da Barletta (Bari), tenente medico di complemento, sezione sanità;

MAY MARCO, da Cellere (Bergamo), tenente medico di complemento, fanteria;

MINERVINI MATTEO, da Molfetta (Bari), tenente medico di complemento, sezione sanità;

RIDELLA ANTONIO, da Mirabello ed Uniti di Pavia (Pavia), sottotenente medico, sezione sanità... corpo armata;

SALOMONE FRANCESCO, da Stigliano (Potenza), sottotenente medico di complemento.

La stessa distinzione è stata assegnata ai caporali di sanità: De Sensi Pietro, di Nicastro (Catanzaro); Lanzillotta Antonio, da Carbonara di Bari (Bari); ed ai soldati di sanità; Angeli Domenico, da Orvieto (Perugia); Antonelli Antonio, da Gioia del Colle (Bari); Ardino Lorenzo, da Altamura (Bari); Campanillo Ferdinando, da Frignano Piccolo (Caserta); Coppola Giuseppe, da Baronissi (Salerno); Lavazzetti Cesare, da Laiate (Milano); Perego Giuseppe, da Villa San Fiorano (Milano); Sciacoviello Giovanni, da Santeramo in Colle (Bari); Tricarico Mario, da Napoli; Ummarino Gennaro, da Napoli; Zotti Cosimo, da Campoli del Monte Taburno (Benevento).

### Albo di onore delle Università.

Le Segreterie Universitarie informano di quanto appresso:

« Il Ministero della istruzione con circolare dell'8 luglio scorso comunicava agli Atenei l'istituzione ufficiale del Ministero, nel Bollettino del Ministero, stesso di un Albo di onore che contenesse i nomi di quei funzionari dipendenti i quali, o cadendo — vittime del dovere — morti o feriti nelle operazioni di guerra o in conseguenza di esse, o compiendo comunque atti di valore, rendessero la loro memoria e la loro virtù degne di omaggio e di ammirazione.

Ora, con altra circolare del 15 ottobre il Ministero predetto ha creduto doveroso che nell'Albo d'onore, ai nomi dei dipendenti, siano aggiunti anche quelli degli studenti di Istituti superiori, i quali, per le medesime ragioni, meritino di essere ricordati e segnalati ».

### I nostri eroi.

A complemento delle notizie da noi già date sul dott. Sante MAGNANI, di Reggio Emilia, tenente medico assimilato della Croce Rossa, riportiamo le seguenti notizie dalla « Gazzetta Medica delle Marche », che si pubblica a Porto Civitanova:

Il dottor Magnani era un ottimo giovane ed un ufficiale medico conosciutissimo e molto stimato. Fu assistente al nostro ospedale dell'illustre dott. Del Rio, testè defunto, poi passò alla condotta di Pieve Mosolena.

Partì sereno e tranquillo, conscio della suprema necessità del dovere più alto da compiere sul campo di battaglia. E questo dovere compì fino all'ultimo in modo ammirevole, dimostrandosi instancabile nello adempimento della sua pietosa missione, solo fisso nel pensiero di fare quanto più bene gli era possibile verso i valorosi combattenti per la redenzione e la maggior grandezza d'Italia.

La vigliaccheria austriaca, calpestando i più sacri doveri, e dimostrando di disprezzare ogni sentimento di umanità, ha diretto il suo piombo omicida anche sui medici nel momento della loro santa opera. Il dottor Magnani è una vittima di questi barbari sistemi austriaci.

A complemento della notizia da noi pubblicata sul dott. Alfonso CERONE riportiamo dalla « Riforma Medica » quanto appresso:

Cerone Alfonso, nato a Muro Lucano nel 1879, tenente medico. Professionista stimato e valoroso, godeva nel suo paese nativo le generali simpatie. Richiamato sotto le armi in seguito alla mobilitazione, partì col più vivo entusiasmo e con fede sicura nell'opera umanitaria e nobilissima che avrebbe compiuta lassù. La morte lo colse, mentre in una chiesa, trasformata in ospedale, apprestava, insieme con altri ufficiali medici, le sue cure affettuose ai feriti. Una granata nemica aveva colpito l'improvvisato posto di medicazione. Il tenente dottor Cerone ha lasciato largo rimpianto fra gli innumerevoli amici di Napoli, dove aveva compiuti gli studi universitari, ed in Muro Lucano, dove, a cura della desolata famiglia, sono state rese alla sua memoria le più affettuose e solenni onoranze.

### Le nostre perdite.

Secondo le nostre informazioni — certo alquanto incomplete — la lista dei sanitari caduti in battaglia, ovvero morti di ferite riportate sul campo, include una trentina di nomi: 21 medici chirurgi, 9 studenti in medicina, 2 farmacisti, 1 veterinario, 1 studente in veterinaria; inoltre un medico è morto di malattia contratta sul campo.

### Medico prigioniero.

Trovasi priginiero degli austriaci a Lubiana il dott. Marino Mauro.

Il dott. Fornara Francesco, che era stato dato come prigioniero, presta invece la sua opera presso le nostre truppe vincitrici.

**Funzionari di sanità pubblica in zona di guerra.**

Con Decreto del Ministro dell'interno è stato revocato il D. M. 26 giugno 1915 che stabilisce la misura dell'indennità giornaliera di missione da corrispondere agli impiegati dell'Amministrazione della sanità pubblica destinati a prestare temporaneo servizio nelle località dichiarate in istato di guerra e nelle piazzeforti dichiarate in istato di resistenza.

**Impudenza austriaca.**

L'*Agenzia Stefani* comunica:

Il Comando austro-ungarico osò di trasmettere alcune settimane or sono, a mezzo della Croce Rossa austriaca, al Comitato internazionale della Croce Rossa, una protesta contro l'esercito italiano, accusandolo di avere consapevolmente borbardato un ospedale di Gorizia coperto dalla bandiera di Ginevra.

Il nostro Comando Supremo non mancò di inviare al Comitato suddetto, per il tramite della Croce Rossa Italiana, una documentata risposta a tale accusa, dimostrandone l'assoluta falsità e citando invece dati precisi, i quali provano che il nemico viola continuamente e sistematicamente non soltando la Convenzione di Ginevra, ma anche le più elementari norme di umanità, di lealtà e di cavalleria.

Inoltre il nostro Comando Supremo ha inviato in questi giorni al Comitato Internazionale di Ginevra, pel tramite della Croce Rossa Italiana, la denuncia di tre gravi fatti.

Nella zona a nord-ovest di Gorizia il nemico aprì il fuoco con mitragliatrici contro un'ambulanza automobile carica di feriti, recante ben visibili i segni convenzionali di Ginevra. Il meccanico rimase ferito.

Nella zona di Plava un autocarro con 17 feriti recante il distintivo di neutralità, venne fatto segno a molte fucilate. Tre feriti vennero nuovamente colpiti ed uno morì in seguito alla nuova ferita riportata.

Pure nella zona di Plava il nemico tirò su un'altra ambulanza carica di feriti.

Questi fatti non sono isolati, ma fanno parte di tutta una serie di atti sistematici comprovanti la barbarica, ferocia delle truppe austro-ungariche.

**Collegio degli orfani dei sanitari a Perugia.**

Un decreto reale recente ha approvato la modificazione dello statuto del Collegio Convitto di Perugia secondo la quale i presidenti degli Ordini Medici, Veterinari e Farmacisti fanno di diritto parte dei Comitati provinciali Pro Collegio-Convitto degli orfani.

**Comitato per la bonifica dell'Agro Romano.**

Nella sua recente riunione, il Comitato permanente per la bonifica dell'Agro Romano ha nominato a presidente l'on. prof. G. Sanarelli, direttore dell'Istituto di Igiene delle R. U. di Roma; ed a vice-presidente il principe Boncompagni.

**Per l'ospedale di Avezzano.**

L'Associazione della stampa ha generosamente provveduto coi fondi ricavati da una lotteria alla creazione in Avezzano, di un ospedale costruito in materiale stabile.

Il comitato dell'Associazione fra i romani, essendogli sopravanzati alcuni fondi in virtù di una oculatissima amministrazione, prima di sciogliersi ha passato i fondi stessi all'Associazione della stampa, affinchè questa se ne giovi per acquistare la dotazione di letti ed altro, secondo le occorrenze dell'ospedale.

**Incendio all'Ospedale Militare di Milano.**

Negli scorsi giorni, è scoppiato un violentissimo incendio all' Ospedale militare di Milano in piazza Sant'Ambrogio, e precisamente nei locali adibiti a deposito di indumenti, coperte e biancheria.

In breve le fiamme distrussero ogni cosa, minacciando pure attigui locali, e precisamente le officine degli elettricisti e l'ampia farmacia.

Accorsero prontamente i pompieri, che, dopo non facile lavoro, poterono circoscrivere il fuoco.

I soldati ricoverati nell'Ospedale militare mostrarono un sangue freddo ammirabile, qualcuno anzi fra i convalescenti prestò l'opera sua nello spegnere il fuoco.

E' convinzione generale che le cause dell'incendio siano dovute ad un corto circuito.

Nessuna disgrazia va lamentata.

**Alle terme di Ischia.**

Il Ministero della guerra ha determinato la riapertura dello stabilimento balneo-termale di Ischia, il quale ha cominciato a funzionare con le mute invernali il primo novembre.

**L'ospedale di guerra della Croce Azzurra**

Il sotto segretario di Stato per l'agricoltura, on. Cottafavi, accompagnato dall'on. Gallenga, ha visitato l'ospedale della Croce Azzurra per la cura dei cavalli feriti, compiacendosi con la Direzione pel sapiente ordinamento e pei felici risultati ottenuti.

**Erratum.**

Nell'ultima pagina, quart'ultima riga dello scorso fascicolo deve dirsi: «ospizi» e non «edifizî marini».

---

**Odoardo Ughi** (1846-1915): allievo del Tommasi a Napoli, si laureò a Parma, dove fu assistente, coadiutore e supplente di clinica medica (1872), incaricato della clinica medica propedeutica (1875) e di patologia medica (1878), professore straordinario (1887) e poi ordinario (1902) di patologia medica e di clinica medica propedeutica fino ad ora.

Nella sua vita sono titolo d'onore l'aver combattuto a Condino e a Bezzecca, volontario garibaldino nel 1866, l'aver data l'opera sua nelle epidemie coleriche del 71-72 e dell'83-84, l'aver per primo insegnata a Parma la semejologia, l'aver contribuito dal 1875 all'85 alla introduzione della medicazione antisettica nell'ospedale e al rinnovamento dell'ospedale stesso.

Grande fu la fiducia dei suoi allievi nel suo consiglio medico. Il suo senso pratico al letto del malato e la sua grande esperienza informarono così il suo insegnamento che le sue pubblicazioni, nelle quali attesta la sua onestà medica il raffronto che egli fa tra la diagnosi formulata e il reperto anatomopatologico in vari casi osservati nella sua clinica e nella sua larga pratica professionale. L. Z.

---

## Rassegna della stampa medica.

*Paris Méd.*, 18 sett. CLAUDE e PORAK: Decalcificazione ossea nelle paralisi organiche e nevropatiche degli arti. — ANDRIEN: Come trattare le ferite suppuranti. — DE LABORDE: La stereoradiografia semplificata.

*La Rif. Med.*, 25 sett. FERRANNINI: L'obesità mostruosa nei bambini lattanti. — TODDE: Cisti d'echinococco del cervello con sindrome prevalentemente cerebellare e fenomeni di demenza paranoide.

*The Journal A. M. A.*, 11 sett. BRINSMADE: Aderenze intestinali. — MARKLEY: L'«acanthosis nigricaus» indice di tumori maligni interni. — MONTGOMERY, MORROW, LEE, CHIPMAN: Sulla lebbra. — LEVIN e van SLYKEG Quantometria del metodo Abderhalden nella diagnosi di cancro.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 25 sett. PISANI: Curva colesterinoemica nella infezione maltese.

*The Boston M. a. S. Journal*, 9 sett. BRYANT: Il tipo carnivoro e il tipo erbivoro nell'uomo. — SEVER: Artrite pneumococcica.

*Medic. Record*, 11 sett. MILLER: La trasfusione del sangue. — ERNST: Profilassi della demenza precoce. — NEUSTAEDTER: Rapporti tra paralisi di Landry e poliomielite.

*Trop. Dis. Bulletin*, 15 sett. Relazioni sull'igiene applicata ai tropici.

*Pathologica*, 15 sett. MARINO: Fisiopatologia del globulo rosso.

*Bull. d. Sc. Med.*, sett. BUSACCHI: Esplorazione della capacità funzionale del rene. — NOVI: Azione tossica dei lipoidi cerebrali nella infezione rabbiosa. — ALBERTONI e MONETTI: Sulla fisiologia della contrazione muscolare.

*Riv. Ospedaliera*, 15 sett. ALTOBELLO: Epatoptosi di alto grado; diagnosi e cura.

*Pensiero Med.*, 26 sett. QUARELLI: Saggi di vaccinazione anticolerica. — GILBERTI: L'ernia da infortunio.

*The Lancet*, 25 sett. WILTSHIRE e MAC GILLYCUDDY: Vaccinoterapia della febbre tifoide. — LUNDIE, THOMAS e FLEMING: Pleomorfismo del meningococco. — MACCLURE: Nevrastenia gastrica. — GOODHART: Patina linguale e disturbi del gusto d'origine nervosa.

*Brit. Med. Journal*, 25 sett. Medicina di guerra (trattamento delle ferite, riacutizzazione delle sepsi locali nelle ferite, nefrite da trincea, lesioni e aneurismi traumatici di grandi arterie).

*Revista Ibero-Amer. de Ciencias Med.*, sett. RATERA: Radiografia e radioterapia dei tumori cerebrali. — GOYANES: Trattamento chirurgico dei tumori cerebrali. — GIL Y CASARES: Trattamento delle emottisi. — LOZANO: Le dissociazioni nella ritenzione biliare.

*Boll. d. Mal. dell'Orecchio ecc.*, sett. LEALE: Inconvenienti delle operazioni demolitrici sui turbinati inferiori.

*La Presse Méd.*, 27 sett. DELBET e KARAJANOPOULO: Citofilassi. — BROQUIN LACOMBE e VULQUIN: Diplococcemia. — GRÉGOIR: Apertura tardiva delle arterie nelle ferite in guerra.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 21 sett. TUFFIER: Disinfezione precoce delle ferite in guerra. — SARRAILHÉ, ARMAND-DELILLE e RICHET jun.: Epidemia di febbre dei tre giorni.

*Giorn. Intern. d. Sc. Med.*, 30 sett. AIEVOLI: Appiattimenti dell'arcata plantare. — DE MICHELE: L'igiene militare in guerra.

*Ann. di Medic. Nav. e Colon.*, lug.-ag. PERUZZI: Il potere agglutinante, batteriolitico e battericida del siero nei guariti d'infezione tifica e nei vaccinati. — CONTE, SESTINI e TROCELLO: Reazioni cliniche e sierodiagnostiche per vari tipi di vaccino antitifico.

*The Journal A. M. A.*, 18 sett. DAVIS, POLAK: La analgesia ostetrica. — ELLIOTT: Trattamento dell'alta tensione sanguigna. — HESS: Lo scorbuto infantile. — BROWM W. S. e C. P.: Il destino dei trapianti ossei liberi. — MOFFETT e CONRAD: La reazione intracutanea di Schick nella difteria. — SHERE: Miosite ossificante traumatica.

*The Boston M. a. S. Journal*, 16 sett. MIXTER: Esperienza chirurgica in Francia. — LINETH e RUBIN: La prova di Schick nella difteria.

*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, 31 ag. MACCABRUNI: Sulla gravidanza in corno uterino rudimentale di utero bicorne. — PUSINICH: Cellule deciduali nelle ghiandole linfatiche della pelvi durante la gravidanza. — COSTA: Terapia della gravidanza extrauterina nei periodi inoltrati.

*Medic. Record*, 18 sett. KALISH: Le ferite comuni dell'occhio e loro cura. — FORD: La diagnosi precoce di tubercolosi in pratica. — BRODSKY. La bromuro-terapia nell'epilessia.

*Boll. Chim.-Farmac.*, 30 sett. GIGLI: Di alcune innovazioni nell'analisi delle acque potabili.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII. *Roma, 28 novembre 1915* Fasc. 48

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## *Ai medici italiani,*

Nel programma dell'anno scorso, in chiari termini accennavamo alle prove che l'avvenire riservava all'Italia e alla necessità per tutti di prepararci a dovere affinchè la civiltà italica fosse una delle forze che dirigeranno ancora il mondo verso gli ideali di giustizia e di miglioramento umano. Le nostre presaghe parole stanno trovando conferma nei fatti. L'Italia da parecchi mesi ha promosso l'aspra contesa per allargare e assicurare i suoi confini; partecipa alla lotta mondiale contro la prepotenza allemanna, per la causa della civiltà e della libertà.

Nella vita moderna, in cui tutte le manifestazioni sono strettamente riunite, la vasta, immane guerra tutto travolge e piega a sè. La medicina e la chirurgia hanno assunto la massima importanza nella lunga e dura guerra attuale.

Anche nei tempi mutati, il nostro giornale ha tenuto degnamente la sua posizione. Nei 22 anni di vita trascorsi, ha raggiunto la robustezza che gli ha permesso di affrontare le avversità, ma ha conservato la duttilità necessaria per adattarsi alle contingenze della vita. Possiamo constatare ciò con soddisfazione. Così, nell'anno in corso ha fatto larga parte alla medicina militare mettendo a vantaggio de' suoi lettori quanto la nuova esperienza veniva insegnando in Italia e all'estero; s'è occupato con serenità e indipendenza di giudizio dell'organizzazione dei servizi sanitari in guerra, e ha preso a cuore i bisogni dei medici militari a qualunque grado o categoria appartenessero. Il « Policlinico », non badando a sacrifici finanziari e superando gravi difficoltà di redazione, ha conservato la forma e la puntualità nella sua pubblicazione.

Si doveva provare a tutti, in Italia e fuori, la solidità della nostra vita civile, si dovevano mantenere gli impegni verso gli abbonati.

I nostri medici chirurgi, che in larghissimo numero hanno saputo improvvisarsi militari, hanno corrisposto alla fiducia in loro riposta, portando accanto al patriottico sentimento del dovere, le doti preziose di tecnici sperimentati. Sia detto in poche parole, la medicina italiana ha saputo ridurre assai le infezioni delle ferite ed evitare le epidemie minaccianti; ha portato con coraggio la sua opera fino sul fronte estremo dove ferveva la mischia, punto curando che la slealtà nemica tenesse la croce rossa facile bersaglio alle sue armi. Sia lode e onore a chi espone la vita sul campo di battaglia e a chi ne completa l'opera col lavoro assiduo degli ospedali; siano fiori di sempiterna riconoscenza della patria per i caduti.

Se per nessuno la guerra può essere scopo a se stessa, i medici che più da vicino ne vedono gli orrori e ne giudicano la barbarie, sono i primi a sognarne la fine. Nel momento di tracciare la via del prossimo domani ci auguriamo di gran cuore che i nostri voti dell'anno scorso si esaudiscano a pieno; speriamo che presto, che nell'anno prossimo, finisca la guerra, e l'Italia, fatta più vasta e più rispettata, più cosciente di sè e più libera, assuma l'ufficio, che tutto prova le sia riservato nel momento attuale, di ricondurre l'umanità verso i più puri ideali umani. Invochiamo ancora pertanto dai nostri colleghi che si impongano disciplina e fermezza di propositi, perchè le nostre naturali doti di prontezza ed acume intellettuale, di larghezza e serenità di vedute, di misura e sentimento nell'opera, ci mettano in grado di fronteggiare i destini della patria.

Per quel che ci spetta, noi, continuando nelle nostre direttive, sotto la guida di uomini quali GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE, lavoreremo per l'avvenire migliore della nostra stirpe. La lunga e rude esperienza giornalistica ha acuito sempre più in noi la coscienza dell'importanza e della responsabilità dell'ufficio. Il che ci porta naturalmente a lavorare con fede sempre più viva, con amore sempre più intenso.

Ci coadiuvi e ci sovvenga come per il passato la benevolenza dei medici italiani.

LA REDAZIONE.

*Premio ordinario gratuito per l'anno 1916:*

# Le Dermatosi dei lavoratori

PROF. VINCENZO MONTESANO
Libero docente di Clinica Dermosifilopatica
nella R. Università di Roma

Sarà un elegante volume di circa quattrocento pagine, nitidamente stampato ed elegantemente rilegato in piena tela, con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso.

Sommario.

Proemio — Classificazione delle dermatosi dei lavoratori dal punto di vista dermatologico — Industrie, professioni e mestieri in cui si riscontrano dermatosi professionali — Caratteri generali delle dermatosi dei lavoratori — Cura e profilassi delle medesime — Considerazioni generali sulle dermatosi professionali dal punto di vista medico-legale, sociale ed economico — Appendice con brevi accenni ai caratteri clinici delle dermatosi meno frequenti — Bibliografia — Indice alfabetico dei nomi e delle materie

**Avranno diritto al premio soltanto coloro che invieranno subito il prezzo di abbonamento, più Cent. 60 per le spese di spedizione del volume.**

## SOMMARIO.



**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Comparto anatomopatologico dell'Ospedale Maggiore di Bergamo
diretto dal dott. SPARTACO MINELLI.

## Appunti casistici sulla patogenesi della steatonecrosi pancreatica

del dott. PAOLO RUSCA.

La necrosi adiposa rappresenta nella patologia del pancreas uno dei capitoli maggiormente discussi e tuttora assai controversi: e però ogni nuovo contributo che s'aggiunga alla già vasta casistica, portata da più di trecento autori, ha indubbio valore pratico concorrendo ad illuminare viemmeglio i punti oscuri della vasta questione.

Due casi che potei studiare in questo comparto parendomi rispondere bene a due distinti momenti patogenetici della affezione, credo opportuno farli oggetto in via preventiva (1) di breve relazione, accompagnandoli con qualche considerazione di ordine clinico forse non del tutto inutile per lo studio dell'argomento.

(1) La discussione completa dell'argomento troverà posto in una dissertazione su *La citosteatonecrosi disseminata (contributo clinicosperimentale alla patologia del pancreas)*, di prossima pubblicazione.

CASO I. — Offre la classica concomitanza (secondo Mayo Robson, presente nell'81 % dei casi) fra colelitiasi e steatonecrosi pancreatica, che fu assai discussa fra gli anatomo-patologi dal punto di vista del meccanismo patogenetico.

L'ipotesi primitiva (v. Fürth e Schütz) che alla bile risalente nel dotto di Wirsung si dovesse l'attivazione del succo pancreatico coi consecutivi processi di necrosi del tessuto adiposo interacinoso o interstiziale fu battuta in breccia dalla dimostrazione che l'agente vero ed esclusivo della steatonecrosi, il fermento lipolitico, esiste già attivo in seno agli elementi secernenti nè occorre ad esso l'azione secondaria attivante di una chinase come avviene nel caso del tripsinogene. Oltre a ciò, anche i dati dell'esperimento per cui mediante inoculazioni di bile nei dotti pancreatici di animali da laboratorio si producevano tipiche steatonecrosi disseminate pancreatico-peritoneali poterono essere confutati dalle ricerche di Frugoni e Stradiotti (che io ripetei e confermai in due casi) intese a dimostrare come le lesioni stesse non si presentino affatto qualora la bile anzichè inoculata con inevitabile violenza venga fatta defluire per la sola *vis a tergo* secretoria dal coledoco al wirsungiano anastomizzati operativamente.

Ed appunto dalla osservazione implicita in

questa esperienza (che cioè il fatto determinante sia l'azione meccanica di un *quid* provocante la rottura dei canalicoli intraghiandolari e la consecutiva fuoriuscita del succo dalle vie naturali) scaturì l'ipotesi oggi più invalsa che la stasi del succo nei dotti pancreatici, insorgente quando un calcolo ne occluda lo sbocco nella ampolla, conduca di necessità alla soluzione di continuo dei dotti. Tanto più se con Kirchheim associamo al semplice concetto grossolano del calcolo ostruente l'azione della stasi dovuta alla cefalopancreatite cronica interstiziale (cirrosi della testa del pancreas) quasi sempre susseguente alla colelitiasi; e invero Kirchheim stesso, Formad e altri hanno descritto casi di steatonecrosi da pancreatite cronica.

Nel mio caso la semplice relazione patogenetica è poi complicata dall'esistenza di una neoplasia epatica alla quale non saprei se dar parte o meno nella patogenesi stessa.

M... O..., di anni 77, da Bergamo, ricoverata nell'Ospedale Maggiore (comparto I medico) il 14 ottobre 1914. Dalla storia clinica altro non si rileva se non che l'a., magra, macilenta, si lagnava di violenti dolori addominali, i quali resero impossibile ogni esame oggettivo. L'a., subcosciente, aveva assoluta intolleranza al cibo ma era apirettica; venne a morte nelle prime ore del giorno 16 del suddetto mese.

*Autopsia* (17 ottobre): nulla al capo. Ipostasi alle parti posteriori dei polmoni, alcune aree di broncopneumonite rossa. Scarso liquido nel cavo pericardico; miocardio bruno, nulla alle valvole. All'apertura dell'addome, il grande epiploon appare retratto in alto, ispessito, duro al tatto, rosso-bruno con alcuni noduli biancastri del volume di un grano di miglio. Peritoneo sia parietale sia viscerale biancastro, opacato, in alcuni punti ispessito come per deposito di gocce di cera. Milza piccola, trabecole evidenti. Reni con capsule svolgibili, qualche cisti sottocapsulare. Fegato: margine libero tagliente, alla superficie alcune chiazze rosse screziate, di aspetto neoplastico, del volume da un grano di miglio ad una nocciola. Nella cistifellea, due grossi calcoli del volume di un uovo di piccione, scarso pus, non bile. Sabbia nei canalicoli biliari intraepatici. Altri visceri normali. *Pancreas* alquanto ridotto di volume, fragilissimo. Sulla superficie di sezione, il parenchima appare marezzato per la presenza di focolai emorragici, disposti per lo più come una trama lungo i setti. Spiccano poi qua e là, lungo i setti maggiori, sotto la sierosa o in mezzo a lobuletti di grasso, zone della grandezza da 1 a 3 mm., di color bianco niveo, senza alone di sorta, d'aspetto pulverulento, da cui con la punta dello scalpello si raschia una sostanza quasi caseosa, asciutta, finissimamente granulare. Ritenute zone steatonecrotiche, vengono fissate in formalina.

*Esame istopatologico*: la neoplasia epatica e le metastasi peritoneali appaiono di natura endoteliomatosa. Il pancreas — in via di evidente involuzione senile — appare già a debole ingrandimento cosparso di focolai steatonecrotici, alcuni triangolari, altri rotondi, a sede per lo più interstiziale, alcuni anche posti nel mezzo di tessuto adiposo sano, dove questo si presenta più abbondante (cellulare peripancreatico). È da notare la scarsa tendenza sia alla reazione flogistica, sia alla propagazione della necrosi al tessuto ghiandolare. Quanto alla reazione, essa si presenta solo in alcuni focolai, e neppur nei maggiori, sotto forma di notevole dilatazione vasale, certo secondaria data l'assoluta integrità degli elementi figurati contenutivi, anche quando il setto entro il quale il vaso decorre è proprio circondato da tessuto adiposo necrotico ed esso stesso in via di necrobiosi. Oltre a ciò, esiste qua e là — senza alcuna regolarità — qualche ammasso d'infiltrazione esclusivamente mononucleare, senza traccia di Plasmazellen nè di elementi giganti. Ma ciò che colpisce di più è lo sconfinare quasi insensibile dei focolai nel tessuto sano circostante, senza che questo presenti alterazioni nucleari e neppur plasmatiche di sorta, rarissima essendo anche una qualsiasi zona di passaggio con fatti reattivi sia in atto sia organizzati. Apparato canalicolare pressochè integro: qualche dotto presenta epitelio sfaldato o con alterazioni involutive cellulari, ma in nessun punto (dall'esame di parecchie decine di preparati) si riesce a sorprendere soluzioni di continuo delle pareti: esiste però notevole ectasia dei dotti, specialmente maggiori.

Dal che appare che anche in questo caso — come nella più parte di quelli descritti da altri autori — non vi fu possibilità di documentare la distribuzione topografica dei focolai accanto ai dotti, però presumibile dalla loro prevalente posizione lungo i setti connettivali, ove i dotti decorrono. Parimenti non può documentarsi, se pur torni anche qui suggestiva, l'ipotesi che quella qualsivoglia alterazione nella escrezione del succo — in relazione indubbia con la ricordata alterazione delle vie biliari — abbia potuto far venire sì il succo stesso a contatto del parenchima, ma questo abbia resistito perchè integro e vitale, onde le sole cellule adipose sarebbero state colpite. I fatti descritti da altri autori (necrosi parenchimale attorno ai focolai di necrosi adiposa) potrebbero dunque ritenersi favoriti da alterazioni preesistenti e concomitanti delle cellule glandolari, o ancora di natura cadaverica o da invasione secondaria per opera di germi o infine anche dovuti all'azione (in secondo tempo) dei prodotti della necrosi adiposa, per lo più caustici per se stessi.

Caso II. — La causa patogenetica immediata è qui identica a quella del caso I; ma la soluzione di continuo dei dotti va riferita ad involontaria traumatizzazione nel corso di un intervento. Questa forma di steatonecrosi postoperativa, descritta da Jenckel, Friedman, Beneke, ecc., è ormai ben conosciuta per notevole contributo casistico e trova concorde interpretazione patogenetica; può riassumersi così: all'atto della laparotomia — praticata per qualunque scopo — il pancreas ed il peritoneo ap-

paiono affatto normali e solo in seguito si manifesta la caratteristica sindrome da necrosi acuta emorragica del pancreas, che conduce a morte l'operato, dando al tavolo anatomico il classico quadro della citosteatonecrosi disseminata (Simmonds, Schönstadt).

Oppure, una seconda laparotomia permette di constatare la caratteristica alterazione, a null'altro imputabile che alle inevitabili manovre sulla regione pancreatica nel corso del primo intervento (Körte).

Il caso vale appunto di paradigma a tale possibilità.

R... S..., d'anni 53, contadina, da Pontida (Bergamo), ricoverata nell'Ospitale Maggiore (comparto II chirurgico) il 9 novembre 1914 con diagnosi clinica di stenosi neoplastica del piloro e gastrectasia, viene sottoposta il 16 dello stesso mese alla laparotomia. Constatata l'estensione del processo e la presenza di metastasi epatiche, vien praticata una gastroenterostomia posteriore alla v. Hacker, a scopo palliativo. L'ammalata viene a morte undici giorni dopo.

*Autopsia* (29 novembre): lieve ittero; capo, polmoni, cuore: nulla di notevole. Essudato purulento scarso nello stomaco ed attorno alle ferite operatorie. Cistifellea turgida di bile che trasuda lentamente da un punto della parete che non si riesce a precisare. Alla pars pilorica, tumore piatto ulcerato, di consistenza dura. Nodi metastatici numerosi nel fegato, che è molle, grasso itterico. Milza molle. Nulla ai reni. *Pancreas*: esistono qua e là, in tutto il viscere, chiazze disseminate di color giallo sporco, di consistenza molle friabile, d'aspetto opaco. La ghiandola appare del resto normale.

*Esame istopatologico*: il parenchima pancreatico si presenta ovunque normale, se si prescinda dai fatti cadaverici, neppur molto accentuati. Le aree di steatonecrosi hanno il consueto aspetto istologico a posizione prevalentemente sottosierosa, si spingono in qualche punto lungo i setti maggiori. Ogni focolaio appare però completamente privo di qualsiasi reazione infiammatoria circostante. Non esistono in alcun punto fatti emorragici nè metastasi neoplastiche.

Il caso ha particolare interesse per la genesi sicuramente postoperativa dei focolai di steatonecrosi, chè all'atto della laparotomia il pancreas, diligentemente esplorato, non aveva presentato alterazioni di sorta. Se l'inizio di una peritonite purulenta (alla quale fu imputata la morte dell'ammalata) può alcun poco complicare il quadro anatomopatologico che a noi interessa, è però certo che in nessun modo può quella ritenersi causa di quest'ultimo.

Ma per il presente come per gli altri casi di steatonecrosi postoperativa è ancora aperta la questione se non si tratti di un fatto dovuto alla lesione preesistente (nella fattispecie, neoplasia metastatica delle vie biliari) più che di una reale conseguenza dell'intervento. Insisto però sulla possibilità che l'intervento anche per se stesso, sia per gli inevitabili maneggi nella regione pancreatica, sia per lo stabilirsi di aderenze o fimbrie cicatriziali che possano in qualche modo ostacolare il deflusso così del succo pancreatico come della bile (è quanto forse avvenne in questo caso), valga a dare quella stasi del succo invocata per il caso precedente come momento meccanico il più verosimile nella patogenesi della necrosi adiposa.

Da ultimo, vorrei ancora osservare come da questa possibilità scaturisca il precetto terapeutico preconizzato da Guleke, che di fronte a ferite con sospetto di soluzione di continuo dei dotti pancreatici suggerisce di limitarsi al tamponamento, per evitare che anche una semplice sutura viscerale o la discissione possano determinare l'insorgere di fatti steatonecrotici. Tale comportamento appunto permise la guarigione in un caso di ferita del pancreas da me recentemente pubblicato e trattato col semplice drenaggio laparotomico.

BIBLIOGRAFIA.

BENEKE. Deut. med. Woch., 1910, p. 433.
FORMAD. Univ. med. Magaz., Philadelphia, 1891.
FRIEDMAN. Medical Record, 1912, p. 930.
FRUGONI e STRADIOTTI. Arch. per le scienze med., 1910, XXXIV, 2.
v. FÜRTH e SCHÜTZ. Hofmeisters Beitr., IX, p. 28.
GULEKE. Arch. f. klin. Chir., 1908, LXXXV.
JENCKEL. Deut. med. Woch., 1914, 20.
KIRCHHEIM. Münch. med. Woch., 1909, 35.
KÖRTE. In: v. Bergmann e v. Bruns, Tratt. di chir. prat., vol. III, Milano, 1909.
MAYO ROBSON. Berl. klin. Woch., 1908, 4 e 7.
RUSCA. Pensiero medico, 1915, 20 giugno.
IDEM. L'Ospedale Maggiore, 1915, 8.
SCHÖNSTADT. Münch. med. Woch., 1904, 10.
SIMMONDS. Münch. med. Woch., 1904, 33.

# SUNTI E RASSEGNE.

## CHIRURGIA.

### Gangrena gassosa.

**Studio clinico e terapeutico basato su 45 casi.**

A. CHALIER (*Gazette des hopitaux*, n. 1, giugno 1915).

I.

A. SEGNI INIZIALI: sono tre, il dolore, l'odore e l'enfisema. — *a*) *Il dolore* è caratterizzato da un senso di tensione, di gonfiore e di irrigidimento dell'arto colpito.

*b*) *L'odore* è « sui generis », per riconoscerlo bisogna averlo sentito una volta, è un odore nauseante, tenace e molto persistente (odore di sorci).

c) *L'enfisema sottocutaneo* è caratterizzato dalla crepitazione e dal timpanismo. Questi 3 segni iniziali permettono una diagnosi precoce senza l'ispezione della ferita, ciò che ha una grande importanza nelle ambulanze degli avamposti.

B. ESAME CLINICO DEGLI ARTI COLPITI DA G. G. — a) *Stato della ferita.* Si tratta di una ferita grave, anfrattuosa, di aspetto atonico, coi bordi macerati, violacei, brunastri, in via di sfacelo, con secrezione più o meno abbondante, siero-sanguinolenta, rossastra, molto fetida, quasi sempre mescolata a gas, mai purulenta.

b) *Aumento di volume degli arti, alterazioni cutanee.* Insieme all'aumento di volume degli arti si nota un cambiamento di colorito della pelle, la quale è tesa, più o meno liscia, spesso coperta di marmorizzazioni rossastre o violacee, molto irregolari, che col tempo si trasformano in vere placche dapprima di colorito rosso vinoso o giallastro (placche ecchimotiche, placche color rame), poi diventano brunastre, verdastre e cadaveriche (placche bronzine). Colla diffusione del processo le parti colpite della pelle prendono un aspetto verdastro, infine nero, di una tinta d' « inchiostro di china » (placche nere). Qualche volta si notano flittene isolate o confluenti, riempite di un liquido ematico; esse hanno sede di preferenza alla faccia anteriore della gamba nella regione pretibiale, sul dorso del piede e della mano e sulle due faccie dell'avambraccio. In qualche caso alle estremità l'epidermide si scolla dal derma su una grande estensione e la pelle prende un aspetto speciale somigliante a quello di un feto macerato. Le alterazioni cutanee spesso si accompagnano ad un edema duro dei tegumenti.

c) *Enfisema.* La crepitazione gassosa dovuta allo spandimento di gas nei tessuti invasi dalla g. g. specie nel sottocutaneo è un segno capitale dell'affezione in parola, che non manca mai.

E' una crepitazione fina somigliante a quella dell'enfisema sottocutaneo nelle fratture delle coste. Premendo sulla pelle distesa ed edematosa si ha la sensazione di schiacciamento di neve. Essa viene ricercata con due mani precisamente come la fluttuazione; spesso oltre la sensazione tattile si ha quella uditiva. In parecchi casi l'A. ha osservato la sortita di bollicine gassose mentre premeva sulla ferita ed anche in un punto distante da essa, ciò che egli osservò pure durante i movimenti attivi e passivi degli arti. Alla percussione l'enfisema si traduce con un timpanismo che non manca mai, anche se la quantità di gas è minima. Spesso il timpanismo precede la crepitazione. Ricercando questi due sintomi è facile di seguire l'estensione e la direzione del processo.

Per fortuna l'enfisema non si dirige esclusivamente verso la radice dell'arto, ma segue un tragitto speciale descritto dall'A. nel modo seguente.

Per gli arti inferiori, come p. es. in una piaga della gamba, caso frequente, questo tragitto va dapprima verso il collo del piede e poi si estende alla totalità della gamba e al dorso del piede prima di oltrepassare l'altezza del ginocchio. Più tardi l'enfisema invade la radice dell'arto seguendo i grossi vasi cioè il cavo popliteo, la faccia anteriore della coscia, la fossa iliaca e le coste. Generalmente l'infezione non oltrepassa la linea mediana. E' noto pertanto un caso dove la g. g. dell'arto sinistro si diffuse a quello destro (g. g. ricorrente).

Per gli arti superiori vale lo stesso che abbiamo detto per gli arti inferiori. Anche qui l'enfisema prima di oltrepassare la piaga verso la radice dell'arto si dirige verso la mano e l'avambraccio in totalità e poi segue il decorso dei grossi vasi.

d) *Disturbi circolatorii, termici, sensitivi e motorii.* Appaiono dapprima all'estremità degli arti, che si raffreddano, impallidiscono, si fanno cianotici, insensibili, immobili e mano a mano diventano « membri di cadavere ». Alla radice dell'arto spesso si osserva una circolazione venosa collaterale, rarissima è la trombosi delle vene, non vi è mai nè adenite, nè linfangioite.

C. SEGNI GENERALI. — La temperatura non è mai molto elevata (38-39°), il polso è frequente e debole, tanto più frequente quanto più vicino l'esito mortale. Respirazione: dapprima vi è una polipnea, alla fine una dispnea tossica — segno di cattivo augurio — specie se accompagnata da un senso di secchezza e di costrizione alla gola. *Facies* pallida, terrea, plumbea, nei casi gravissimi subitterica. Altri sintomi sono: cefalea, vomito, coliche con diarrea, agitazione ed insonnia. Ciò che colpisce in tutti i pazienti è l'euforia e l'intelligenza lucida fino alla morte. La morte avviene per l'intossicazione bulbare oppure per malattie intercorrenti quali ferite vastissime interessanti il midollo, tetano, ecc.

II.

DIAGNOSI. — Non vi è un agente esclusivo e perciò la diagnosi si fa clinicamente e non batteriologicamente. La g. g. deve essere differenziata dal flemmone gassoso circoscritto. In questo caso l'infezione è limitata, vi è secrezione di pus franco, color caffè-latte, mescolato a gas,

mentre manca la secrezione siero brunastra non purulenta della g. g., della quale il flemmone circoscritto non possiede nè la rapidità d'invasione, nè la gravità; spesso è presente il timpanismo della piaga, ma non si nota la crepitazione; in generale il flemmone guarisce rapidamente dopo lo sbrigliamento, dopo l'estrazione del corpo estraneo e dopo un buon drenaggio.

Una forma particolare di questo flemmone circoscritto viene rappresentata da un flemmone gassoso della coscia consecutivo alle ferite perforanti del retto; qui basta l'esplorazione rettale per riconoscere l'origine della tumefazione della coscia. E' sufficiente di conoscere la possibilità di una simile lesione per non confonderla colla g. g. Lo stesso dicasi di certe fratture esposte e comminute le quali per il gonfiore, per l'echimosi e per il timpanismo si possono confondere colla g. g. Ma un esame accurato ci farà sapere che la crepitazione è differente ed è limitata alla sede delle scheggie ossee e scompare dopo ablazione di queste, lo stato generale è buono, mentre la gangrena è limitata alla piaga.

Una delle più frequenti complicazioni delle ferite in guerra è data dall'apparizione di placche cutanee più o meno vaste che si diffondono rapidamente e s'accompagnano ad un edema della regione colpita, presentando una gamma di colori dal giallo violaceo fino al verde bronzino. Queste placche si sfacelano, e per il colore e l'aspetto meritano veramente il nome di eresipela bronzina (Velpeau), che coesiste spesso colla g. g. In certi casi esso è l'unica espressione dell'infezione della ferita, in altri un precursore della g. g. Cede rapidamente alla cauterizzazione ed alle iniezioni di acqua ossigenata. In questo modo le due affezioni si possono separare clinicamente.

III.

EZIOLOGIA. — Data d'apparizione della g. g. dopo la ferita: 1. Forme precoci dove la g. g. sopravviene nel tempo che varia da poche ore a 2 giorni. 2. Forme tardive che si estrinsecano tra la terza e la quinta giornata. In regola generale si può dire che le ferite gravi degli arti vanno soggetti a g. g. durante i primi 5 giorni. La data d'apparizione non ha valore prognostico.

a) *Condizioni generali predisponenti alla* g. g. sono: il lungo trasporto dei feriti in condizioni sfavorevoli e sopratutto il freddo umido.

b) *Condizioni locali predisponenti*: la sede della ferita negli arti, poi le anfrattuosità, recessi chiusi, drenaggi non bene applicati e la vastità delle ferite.

Lesioni muscolari (sezioni, sfibramenti, ecc.) hanno una parte importante come condizione predisponente locale tanto più che i muscoli formano un eccellente terreno per lo sviluppo di agenti paogeni della g. g. Non meno imporportanti sono le lesioni osteo-articolari (su 45 casi in 37 si ebbero lesioni ossee ed articolari). In quanto alle lesioni vascolari esse favoriscono lo sviluppo della g. g. sia per la stasi circolatoria nei tessuti corrispondenti sia per la presenza del sangue che è un eccellente terreno di coltura.

Finalmente i corpi estranei (pezzi di vestiario e proiettili, specie pezzi d'obici) hanno anch'essi grande importanza nel favorire la g. g.

IV.

PATOGENESI. — Le sovraesposte nozioni eziologiche ci danno il seguente concetto patogenetico. Il germe di origine tellurica viene trasportato nella ferita dal proiettile per mezzo di pezzi di vestiario insudiciati di terriccio. Favoriti da una ferita anfrattuosa, male aerata, male drenata, male vascolarizzata e contenente uno stravaso sanguigno i germi si sviluppano più o meno presto secondo la loro virulenza, coadiuvati da freddo umido, dalla lunga durata del trasporto, dagli interventi inopportuni e dai disturbi circolatorii (laccio emostatico, medicatura troppo compressiva, ecc.).

V.

PROFILASSI. — Comunque non contagiosa, secondo le osservazioni personali dell'A., la g. g. deve essere isolata e trattata come una malattia trasmissibile. Il trattamento profilattico deve essere precoce: disinfezione rapida colla tintura di jodio o meglio coll'acqua ossigenata, emostasi perfetta, immobilità completa, riduzione della frattura. Rapido trasporto del ferito nella prossima ambulanza: nuova antisepsi, emostasi definitiva, asportazione di corpi estranei, immobilizzazione colla doccia o stecca; non suturare mai la ferita, ad eccezione di una ferita alla faccia (labbra, palpebre) dove si daranno uno-due puntid i sostegno, in contrario la ferita deve essere sbrigliata e drenata, previa cauterizzazione. Le ferite sospette di una g. g. devono essere sorvegliate per mezzo di medicature quotidiane almeno nei primi 5 giorni; a tale scopo conviene separare i feriti sospetti già nelle ambulanze in avanti.

VI.

TRATTAMENTO. — a) *Trattamento conservativo*: 1) larghi sbrigliamenti, anestesia generale, 3 o 4 incisioni longitudinali; 2) punte di fuoco, anche al disopra del limite della g. g., in modo da creare una «barriera di punte di fuoco»; 3) iniezioni di acqua ossigenata specialmente al limite superiore. *Risultati*: su 28 casi così trattati 8 furono amputati in secondo tempo, in 6 casi morte, in 14 casi guarigione.

b) *Trattamento radicale*: si preferisca l'amputazione alla disarticolazione, perchè quest'ultima è più grave e sorpassa il limite superiore dell'infezione.

*Risultati*: su 25 amputazioni (17 furono fatte d'emblée, 8 consecutive al trattamento conservativo) si ebbero 5 morti, vale a dire 80 % di guarigioni.

c) *Indicazioni operatorie*: l'amputazione è il trattamento di scelta; forme circoscritte, sopratutto le forme benigne delle fratture possono essere trattate col metodo conservativo, sorvegliando tanto lo stato locale della ferita, quanto lo stato generale (polso, respiro, *facies*).

CASIMIRO FRANK.

## OSTETRICIA.

### Lacerazioni dei tessuti materni nel parto.

(NIGEL STARK. Rif. in *Med. Review*, 1915, n.7).

La rottura dell'utero in generale non dovrebbe verificarsi; nella placenta previa però il segmento inferiore dell'utero è, in certo modo, indebolito, per l'impianto della placenta, e si ha quindi una disposizione per la rottura. Per evitare questo grave incidente, l'A. ritiene prudente di non usare i dilatatori a sacco o in metallo e di procedere alla versione con estrema cautela e solo a dilatazione completa; consiglia perciò di tamponare con garza molto stipata la vagina ed il collo uterino, fino a che questo si dilati sufficientemente. I casi di rottura uterina osservati dall'A. erano dovuti appunto a manipolazioni attraverso un canale cervicale insufficientemente dilatato. Quando la rottura è accaduta, non v'è che da estrarre, il più rapidamente possibile, feto e placenta, stirare in basso il collo e zaffare lo strappamento con della garza. La laparotomia non è consigliabile.

Le lacerazioni del collo sono causate generalmente dall'applicazione di forcipe o dalla versione a traverso un collo insufficientemente dilatato. Di solito sono da sospettarsi quando si noti un'emorragia più abbondante che normalmente; in tal caso, se l'utero è ben contratto, si esamina il collo, lo si stira in alto e si applicano dei punti di catgut.

Quando però la lacerazione sia molto irregolare, è meglio soprassedere, a meno che non si tratti di emorragia grave, poichè i tessuti edematosi e friabili non hanno tendenza ad una buona guarigione. La profilassi delle lacerazioni cervicali è quasi la stessa di quelle del piano pelvico.

Le condizioni che tendono a produrre le lacerazioni perineali risiedono nelle contrazioni, nei passaggi e nel feto.

Le contrazioni possono essere troppo forti ed i dolori tanto violenti da far sì che il feto venga espluso prima della completa dilatazione, sicchè ne possono risultare delle lacerazioni. Una condizione più frequente si riscontra nell'inerzia uterina con le contrazioni deboli o irregolari ed applicazione intempestiva del forcipe.

Il bacino osseo può essere viziato o allo stretto superiore, sicchè il pratico resta indotto a tentare un uso violento del forcipe, o allo stretto inferiore ed è allora necessaria una dilatazione speciale del perineo prima che la testa passi sotto la sinfisi pubica. Le parti molli poi possono essere o troppo rigide o troppo cedevoli. Il feto può essere causa di lacerazioni, quando abbia la testa troppo grossa, specialmente se l'ossificazione è avanzata, le spalle larghe, ecc. Altre volte infine la colpa è da attribuirsi all'operatore che compie troppo rapidamente un'estrazione, o in altro modo, non agisce secondo le norme stabilite.

Il pratico deve prendere una certa familiarità con le misurazioni pelviche e, se vi sono dei sospetti, farle due mesi avanti il termine. Molte volte è sufficiente l'esame esterno e la conoscenza dell'anamnesi. Così p. es. nella rachitide si notano: 1° deformità delle ossa e delle gambe, fronte sporgente, denti male sviluppati; 2° addome pendulo, poichè l'utero si sviluppa solo verso l'avanti, sicchè il feto, invece che sul bacino, appoggia sulle pareti addominali; 3° bacino contorto all'ispezione dell'ammalata sul letto; 4° forma speciale dell'utero dovuta alla posizione del feto nel bacino ristretto. Anche l'anamnesi può fornire dei dati preziosi: normalmente nelle pluripare i parti si fanno sempre più facili; nel bacino piatto invece si nota difficoltà progressiva, perchè mentre la testa fetale tende a divenire sempre più grossa e più ossificata, nel corso delle gravidanze successive, l'utero perde la sua elasticità e la sua forza espulsiva è diminuita. La conoscenza di tali fatti può fornire le necessarie indicazioni per eventuali interventi.

Se gli esami esterno ed interno mostrano che in una primipara il bacino è ristretto e che la testa, a 4-6 settimane dal termine, non è ancora discesa nello stretto superiore, bisognerà pensare a provocare il parto od a decidersi all'operazione cesarea; in tali casi il forcipe deve essere abolito. Se la coniugata vera è di cm. 7 e mezzo, 8 e mezzo, il parto può essere provocato con la introduzione di 2-4 candelette nell'utero, non prima però della trentesima settimana.

Ogni giorno si rivelano i danni dell'applicazione alta del forcipe, quali fistole vescico-vaginali, gravi lacerazioni del perineo, ecc. La debolezza delle contrazioni, detta anche inerzia uterina si nota spesso nelle primipare delle classi agiate. Il primo stadio del travaglio è aumentato; le partorienti diventano nervose perchè desidererebbero pure che si facesse « qualche cosa » e troppo spesso il forcipe viene usato per accontentare la paziente. Meglio invece è, in tali casi, svuotare la vescica ed il retto, e fare un'iniezione ipodermica di joscina (scopolamina)-morfina, ciò che diminuisce i dolori irregolari, porta il sonno alla paziente e provoca il rilasciamento del collo ancora rigido.

Nel secondo stadio del travaglio, quando le altre condizioni sono normali, ma i dolori sono deboli ed il feto non avanza, si ottengono buoni risultati con le iniezioni di pituitrina, purchè però il feto sia in posizione normale ed il collo dilatato o dilatabile. Secondo Allan e Madill, l'estratto pituitario aumenta l'energia delle contrazioni uterine, le quali mantengono il loro carattere fisiologico: i risultati migliori si hanno quando si somministra durante il secondo stadio; con il suo uso viene ridotto il numero delle applicazioni di forcipe ed, in conseguenza anche quello delle lacerazioni e della morbosità puerperale.

Quanto meno si userà il forcipe, tanto meglio; esso deve venir considerato come uno strumento chirurgico ed applicato solamente quando sia necessariamente indicato. Sia per la madre, che per il figlio, il trattamento aspettante sarà sempre quello di scelta; in tal modo si vedranno svolgersi spontaneamente molti parti in cui un intervento prematuro avrebbe condotto a conseguenze di cui non è facile misurare la portata. Schauta ha osservato nella sua clinica che l'ottanta per cento dei bacini ristretti ha avuto parti spontanei, e praticamente si può ritenere che con 80 mm. di coniugata per i bacini piatti e con 87 per quelli generalmente ristretti il parto si può svolgere spontaneamente, se la testa fetale non è eccessivamente larga nè eccessivamente ossificata. Nel secondo stadio del travaglio, dunque, i danni dovuti ad un parto lento, non sono gravi come generalmente si ritiene; anzi se si lascia il tempo perchè il piano pelvico si distenda gradatamente, si eviteranno molte lacerazioni cervicali, vaginali e perineali.

Vi sono donne che, pur avendo avuto delle lacerazioni rettali non soffrono di prolasso, per il fatto che la lacerazione ha interessato lo sfintere ma non i muscoli elevatori dell'ano, che sono rimasti intatti nelle loro guaine e trovano il loro punto di resistenza nella porzione rimasta inserita nel rafe mediano. D'altro canto si possono notare dei sintomi associati alla lacerazione parziale del perineo, dovuti allo strappamento degli elevatori dell'ano. Altre volte si notano degli incomodi prolassi vaginali, mentre il perineo è apparentemente normale, sia per la rottura sottocutanea dei muscoli, sia perchè la sutura è stata applicata alla pelle, trascurando le lacerazioni profonde.

Il cistocele riconosce la sua genesi in altro meccanismo. Per comprenderlo si deve immaginare il piano pelvico diviso in due da una linea che passa per l'asse della vagina e dell'utero; ne risultano così due sezioni, anteriore o pubica, posteriore o sacrale. Nel parto normale, il segmento anteriore si apre verso l'interno e verso l'alto, portando seco verso la sinfisi, la vescica e la parete anteriore della vagina. Ora tutti i legamenti vescicali, eccetto l'uraco, sono inseriti alla base o nella superficie inferiore, che è fissa, sicchè la vescica rimane come sospesa in una fionda: la sua base è connessa intimamente con la parete fibrosa della vagina, ed è attaccata all'utero ed alla sinfisi pubica.

Quindi, in una rottura completa del perineo, la vescica e l'utero rimangono abitualmente in posizione normale; le contrazioni dell'utero tendono a ravvicinare le due estremità di tale organo e quindi ad inalzare il collo con la vescica e la vagina che vi sono congiunte. In tali condizioni, con le trazioni brusche del forcipe, prima che il collo sia completamente dilatato, in modo da permettere che il segmento anteriore sia stirato in alto, questo viene invece forzatamente spinto in basso ed il labbro anteriore del collo con la vescica e la parete anteriore della vagina sono presi sotto la sinfisi pubica. Ne accade che la base della vescica viene molto stirata, sicchè i tessuti fra essa e la vescica cedono, e ne risulta il cistocele. Analogamente accade se, prima del parto, la vescica non è svuotata. Se poi l'involuzione degli organi pelvici, come spesso accade dopo delle lesioni, non procede bene, il prolasso vescicale si aggrava. La profilassi del cistocele è dunque chiara; attendere la completa dilatazione, svuotare la vescica e prevenire in seguito la involuzione incompleta.

La protezione del perineo va eseguita premendo la testa fetale contro il pube, in modo da aiutare l'azione dell'elevatore dell'ano, a spingere innanzi e ad elevare la testa, opponendosi ad un avanzamento troppo rapido. Per la dilatazione preventiva dei tessuti molli, specialmente nelle primipare vecchie, l'A. consiglia il massaggio digitale della vagina (sotto anestesia!) in senso rotatorio, stirando i tessuti indietro e lateralmente: tale manovra continuata per una ventina di minuti, dilaterebbe il perineo più rigido. Anche le applicazioni calde agiscono come coadiuvanti.

Per riparare le lacerazioni perineali occorre vederle, ciò che non è sempre facile; a tale scopo, anche senza aiuti specializzati, si fa coricare la paziente sul fianco sinistro, si passa il proprio braccio sinistro fra le gambe, e con 3 o 4 dita in vagina, si stira in avanti la parete anteriore: spesso si notano delle profonde lacerazioni laterali, separate da lingue di membrana mucosa, che fa parte della parete vaginale posteriore. La sutura può farsi o nella posizione anzidetta o in quella litotomica; si mette un pezzo di garza che ricopra il campo operatorio e lo si ritira man mano si procede con la sutura. Questa si inizia dalla estremità posteriore della ferita, usando la seta e degli aghi grandi, con una curva quasi semicircolare; ad ogni punto si prende una buona quantità di tessuto, riunendo pezzo a pezzo i brandelli a forma di lingua, fino a che l'apice della ferita vaginale viene suturato con l'estremità anteriore della ferita cutanea.

La difficoltà maggiore consiste nell'assicurare i tessuti più profondi, i capi allontanatisi dei muscoli e della fascia pelvica, che si retraggono al momento della lacerazione. I punti si applicano a distanza di 12 mm. circa, lasciando i capi lunghi, che poi si annodano insieme, avviluppandoli in un pezzo di garza; bastano di solito 3 o 4, ed è bene applicarli subito dopo il parto, almeno entro 12 ore. L'irrigazione successiva è inutile. Si levano dopo 10 giorni e per ciò farà comodo aver lasciato i capi lunghi.

FILIPPINI.

## NEUROPATOLOGIA.

### Le conseguenze permanenti dell'emicrania.

(S. RAMSAY HUNT - *The American Journal of the medical Sciences*, 1915, sett.).

Gli accessi di emicrania sono spesso accompagnati a disturbi transitori di origine centrale come scotomi, emianopsia, emiparesi, emiparestesia e più raramente da fugaci attacchi di afasia e da disturbi mentali. Queste manifestazioni sono di natura puramente funzionale e scompaiono rapidamente con l'attenuazione degli altri sintomi del parossismo. In rapporto alla loro natura temporanea, fugace, i disturbi stessi sono in genere considerati come l'espressione di spasmi vascolari. Qualche volta però, per quanto raramente, all'accesso emicranico seguono disturbi permanenti ed anche gravi.

Le paralisi e le altre complicazioni provenienti dall'emicrania assumono varie forme: paralisi oculare (emicrania oftalmoplegica), emiplegia organica con afasia, emianopsia, e atrofia dei nervi ottici. È stata anche osservata la paralisi facciale (emicrania facioplegica) che ha verisimilmente la stessa natura e la stessa patogenesi dell'oftalmoplegia da emicrania.

La *oftalmoplegia da emicrania* ha occupato un posto definitivo nella lettura in seguito ai contributi originali di Möbius e Charcot: le paralisi oculomotorie periodiche descritte per il primo da Moebius possono considerarsi identiche alle emicranie oftalmoplegiche descritte da Charcot. Si distinguono due tipi clinici di questa affezione: una paralisi oculare periodica o ricorrente cui segue sempre una completa restitutio ad integrum, ed esacerbazioni periodiche di una paralisi preesistente di alcune branche del terzo nervo.

Quest'ultimo tipo è ordinariamente associato a lesioni organiche del nervo o delle sue vicinanze alla base del cervello. Nel caso di Thomsen-Richter si trovò attaccato al terzo nervo un fibrosarcoma, mentre in quello di Karplus si trovò un neurofibroma della dura madre che comprimeva l'oculomotore comune.

Nel caso di Weiss c'era sul nervo un granuloma. Shinoya ha recentemente osservato in un bambino di sei anni degli accessi di emicrania accompagnati da paralisi dell'oculomotore; ad ogni attacco residuavano fatti paralitici che si aggiungevano ai precedenti. All'autopsia si trovò un fibroma del terzo nervo di destra, situato dietro l'arteria cerebrale posteriore. Harvey Cushing discutendo questo caso accenna alla possibilità che l'emicrania sia una complicazione del tumore determinata dalla pressione sul tronco arterioso.

La paralisi oculomotoria può essere completa ed incompleta, colpire sia i muscoli estrinseci che intrinseci di ambo gli occhi, o essere limitata solo all'oculomozione esterna. Oppenheim ha descritti dei casi nei quali era colpito unicamente il meccanismo muscolare intrinseco con paralisi dei muscoli ciliare ed irideo.

La letteratura registra solo due casi (Lugenberyer e Bornstein) di emicrania accompagnata

da paralisi isolata del trocleare. Sono state osservate paralisi combinate dei nervi oculomotori ed anche casi nei quali i singoli accessi emicranici erano accompagnati da paralisi sia dell'uno, sia dell'altro oculomotore.

*L'emicrania ed emianopsia.* — L'emicrania accompagnata da emianopsia è un'eventualità rara. L'A. ne descrive due casi. In uno si trattava di individuo di 44 anni che soffriva di emicrania fin dalla fanciullezza; in seguito ad un attacco tipico comparve un'emianopsia omonima a destra che rimase permanente. Nell'altro si trattava di una donna di 45 anni che, anch'essa, soffriva di emicrania fin dalla fanciullezza: durante un attacco si manifestò una emianopsia omonima a sinistra, che scomparve ben presto, ma nove mesi dopo in seguito ad un nuovo attacco l'emianopsia ricomparve per rimanere persistente; la donna era affetta da vizio mitralico. In ambo i casi il fondo dell'occhio era normale. La lesione doveva quindi risiedere posteriormente nei primi centri visivi, e doveva essere verisimilmente seguita a trombosi vasale determinata dai disturbi funzionali vascolari che sono la causa dell'emicrania.

*Emicrania ed emiplegia.* — Casi di emicrania terminati in emiplegia sono stati descritti da Féré, Schroeder, Oppenheim ed Infeld. L'A. ne descrive un caso occorso in una donna di 32 anni emicranica fin dalla fanciullezza: in seguito ad un attacco più grave ebbe perdita di coscienza con paralisi al braccio ed alla gamba sinistra ed emianopsia omonima allo stesso lato. Questi fatti lentamente diminuirono fino a scomparire. In casi descritti da altri autori invece si ebbe la persistenza dell'emiplegia.

*Emicrania e lesioni del nervo ottico.* — Voss ha osservato atrofia ottica unilaterale in una donna in seguito ad un abituale attacco di emicrania: la donna era divenuta improvvisamente cieca all'occhio colpito. La lesione fu attribuita o ad emorragia nella guaina ottica o a trombosi dell'arteria centrale della retina. Anche l'A. ne ha osservato un caso in una donna di 31 anni sofferente di emicrania fin dalla fanciullezza; dopo un attacco grave si sviluppò una neurite retrobulbare con scotoma paracentrale, che guarì ben presto.

* * *

Secondo le moderne vedute l'emicrania è in rapporto ad un'intossicazione che agisce sul sistema simpatico e vasale, provocando uno spasmo od una dilatazione dei vasi cerebrali (emicrania a tipo angiospatico ed angioparalitico). E ciò è provato dal fatto che durante gli attacchi all'esame oftalmoscopico si è osservato frequentemente un marcato pallore della papilla e della retina, che scompare gradualmente col cessare dell'accesso doloroso. Un'altra prova è la modificazione della pulsazione dell'arteria temporale durante il parossismo. Si potrebbe quindi pensare che analogamente a quanto avviene nel dominio dell'arteria oftalmica e temporale anche in varii territorii della circolazione cerebrale si determinino delle alterazioni funzionali che hanno la loro espressione sintomatologica negli scotomi, nelle parestesie, nelle paresi delle estremità, nell'afasia, che accompagnano l'accesso doloroso e cessano con esso.

Un'altra quistione importante è quella costituita dalla relazione tra l'emicrania e l'arteriosclerosi precoce. Alcuni autori ritengono che i frequenti disquilibrii circolatori dell'emicrania possono col tempo essere la causa dell'arteriosclerosi, che d'altra parte troverebbe un fattore etiologico nelle intossicazioni stesse che determinano gli accessi emicranici. Certo è che dal punto di vista delle conseguenze permanenti dell'emicrania ha grande importanza la quistione dell'influenza dei ripetuti accessi dolorosi sull'arteriosclerosi preesistente. Non è dubbio che quando esiste arteriosclerosi cerebrale l'attacco di emicrania può più facilmente essere causa di accidenti vascolari come l'emorragia e la trombosi.

Ad ogni modo per stabilire che una paralisi sia di natura emicranica bisogna innanzi tutto accertare la esistenza di un'emicrania genuina o idiopatica e la diretta relazione tra la paralisi o altre complicazioni ed il parossismo di emicrania.

Una lesione permanente dell'intima struttura del nervo in seguito ad un accesso è fortunatamente rara. Tra le paralisi le più importanti per frequenza sono quelle dei nervi oculomotori. Flatau ne ha raccolti 27 casi: seguono immediatamente tra le lesioni dei nervi cranici quelle dell'ottico dovute ad occlusione trombotica dell'arteria cerebrale della retina. Molta importanza è data da alcuni autori all'associazione dell'emicrania con la paralisi facciale, la così detta emicrania facioplegica. Bisogna però notare che la paralisi facciale è talora accompagnata da dolore alla regione mastoidea ed occipitale, che può simulare un'emicrania.

Le più gravi conseguenze naturalmente sono quelle che riguardano gli stessi centri cerebrali; si tratta di occlusioni, o di rottura di vasi cerebrali con consecutive malacie. Al riguardo bisogna pure notare che Oppenheim ha descritto un tipo cerebellare di emicrania, nel quale insieme agli altri sintomi di questa malattia, c'erano sintomi transitorii di origine cerebellare.

C'è infine un altro gruppo di casi nei quali dovrebbe essere considerata dal punto di vista delle lesioni vascolari permanenti l'epilessia, che è così spesso associata all'emicrania ed alla vertigine permanente. Queste due condizioni sono in genere considerate come sostituzioni puramente funzionali o equivalenti della medesima neurosi.

Ed in accordo a questa ipotesi si potrebbe ammettere che le alterazioni della funzione vasale proprie dell'accesso emicranico possono alla loro volta costituire un fattore etiologico dell'epilessia o della vertigine preesistente.

DRAGOTTI.

## MEDICINA.

### La chinina e la cura della infezione malarica.

Per sovvenire ad un bisogno riconosciuto da un collega in uno degli ultimi numeri di questo periodico, brevemente riassumerò i criteri terapeutici fondamentali da seguire nella cura della infezione malarica. Il nuovo trattato « *La malaria* » del prof. Vittorio Ascoli, che ampiamente tratta la parte clinica e terapeutica, mi sarà di guida nella esposizione, che verrò facendo quanto più rapidamente possibile. In questo primo articolo mi occuperò della chinina e in un secondo delle modalità del suo uso nella malaria.

A Torti spetta il merito di aver fatto riconoscere che la corteccia di china guariva alcune febbri intermittenti, mentre nulla o quasi era la sua azione sulle febbri continue.

Nel 1820 si riconobbe e si distinse, accanto ad altri alcaloidi secondari, l'alcaloide più attivo: la chinina. Si presenta questa come una sostanza amorfa, poco solubile in acqua, solubile in alcool ed in liquidi eterei: combinandosi cogli acidi dà dei sali per lo più cristallizzati. Tra i sali neutri abbiamo il cloridrato e il solfato di chinina; tra gli acidi il bicloridrato ed il bisolfato. Il solfato contiene il 72.81 % di chinina, il bisolfato il 59.12 %, il cloridrato l'81.72 %; il bicloridrato ne contiene una proporzione presso a poco simile, ma si distingue per la sua grande solubilità.

I sali di chinina vengono somministrati per varie vie. Del tutto abbandonate sono le frizioni con pomate contenenti detti sali, per la loro azione irritante e per lo scarso potere assorbente della pelle. La mucosa rettale è molto sensibile ai sali di chinina: i suppositori quindi o contengono dosi minime del farmaco, o producono forti fenomeni irritativi locali. Dati per clistere, sono assorbiti in misura assai variabile e spesso assai piccola, mentre d'altro canto si ha frequentemente la insorgenza di processi di stimolazione sulla mucosa intestinale. Nello stomaco i sali di chinina trovano ambiente propizio: difatti l'acido cloridrico gastrico può trasformare in bicloridrato, molto solubile, tutti i sali di chinina ingeriti.

Quando non esistano disturbi intestinali e la chinina venga somministrata opportunamente, passa solo in piccole proporzioni nelle feci: 2.5-15 % della quantità ingerita. Dosi forti, o molto protratte di chinina, producono uno stato catarrale della mucosa gastrica. Nello stomaco digiuno i sali di chinina facilmente riescono irritanti, mentre a stomaco pieno, diluendosi cogli alimenti, riescono meno stimolanti; l'assorbimento gastro-enterico nel primo caso è completo, e spesso è completo anche nel secondo.

Le iniezioni di sali di chinina si fanno ipodermiche, o per via endovenosa. Per la prima via si usò il bicloridrato, che riuscì però irritante per la sua reazione acida. Si sostituì perciò col cloridrato, unendolo all'antipirina, all'urea, all'uretano (Gaglio), per costituire in tal guisa composti più solubili e più stabili.

Tuttavia le iniezioni di chinina non sono un metodo di elezione per propinare il rimedio: esse debbono usarsi quando non siano sicuri gli effetti del farmaco preso per bocca: debbono impiegarsi inoltre quando si imponga un intervento energico. A tal riguardo deve essere rilevato come le iniezioni sottocutanee siano di gran lunga sorpassate per prontezza ed energia delle iniezioni endovenose, che il Baccelli praticò per primo fin dal 1889. Il clinico romano adoperò l'idroclorato di chinina sciolto a caldo nel rapporto di 1 su 10 di soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

La chinina non si accumula mai nel sangue: in parte si ritrova in singoli organi e si elimina con le secrezioni, in parte va perduta.

Essa scompare presto dall'organismo: la eliminazione avviene in larga proporzione per le urine; non si è riusciti a dimostrare la presenza del farmaco nel sudore e nel latte; non sembra si elimini per la saliva.

È specialmente il sistema nervoso ed il sistema circolatorio, che risentono in modo speciale gli effetti della chinina, così da divenire le ragioni limitatrici delle dosi del rimedio. L'età inoltrata, il sesso femminile, la costituzione artritica, lo stato di malattia, la specie febbrile, l'infiacchimento delle forze rendono l'organismo decisamente meno tollerante alla chinina. I disturbi dell'udito e della vista, lo stato di vertigine e di ebbrezza costituiscono in ordine crescente i fenomeni provocati da dosi progressivamente più alte dell'alcaloide. Tra i primi uno dei più costanti è il ronzio, che non manca mai con dosi di 60 cgr.-1 gr. Con dosi di 1-2 grammi il

rumore si fa molto intenso e comincia allora anche l'indebolimento dell'udito. Quando i disturbi dell'orecchio sono molto spiccati si uniscono sempre a vertigini. Uno dei danni più gravi della chinina si ha quando la diminuzione, o l'arresto della funzione uditiva, diventano permanenti. I disturbi della vista sono meno frequenti: lampi, illusioni ottiche, affaticamento alla luce viva, midriasi, diplopia, amaurosi, abolizione della reazione alla luce. Insorgono quando vi è speciale sensibilità dell'organo visivo, o quando le dosi sono alte, almeno superiori ad 1 grammo. I disturbi visivi si dissipano lentamente, ma qualche volta diventano stabili. La gravità di questi disturbi impone di non usare il chinino in dosi superiori ad 1 gr. per volta e di sorvegliare attentamente la eventuale comparsa di fenomeni a carico della vista.

La vertigine e la titubazione sono tra le manifestazioni più costanti con le dosi un po' alte di chinina. Nella posizione orizzontale la prima o manca del tutto, od è appena pronunciata. L'ebbrezza chininica si presenta molte ore (30-40) dopo che è stata somministrata una dose generosa di chinino e quando sono in piena evoluzione la vertigine e la titubazione. All'ebbrezza chininica, continuando nella somministrazione di forti dosi, succedono fenomeni di stupore, prostrazione, raffreddamento delle estremità, delirio, nausea, vomito. Da tutto ciò si desume che non si deve oltrepassare 1 grammo di farmaco per dose, ed i 3-4 grammi nelle somministrazioni giornaliere. L'insorgere dei sintomi di ebbrezza e di delirio rappresenta il limite della tolleranza, oltre il quale sarebbe pericoloso insistere. Inoltre nei soggetti con grande suscettibilità nervosa ed in coloro nei quali l'alcool porta facilmente disturbi mentali non si deve arrivare a forti e protratte somministrazioni di chinina, come pure quando si somministrano dosi elevate è controindicato associare l'uso di alcoolici. Fra i fenomeni rari vanno ricordati la cefalea e le convulsioni e finalmente, quando le dosi sono eccessive, il collasso.

La chinina modifica il circolo con l'intermezzo del sistema nervoso, dilatando i vasomotori: in dosi molto forti essa ha azione cardioplegica. Diminuisce alquanto la alcalinità e la viscosità del sangue; aumenta la quantità di fibrina ed il potere emolitico; varia è l'azione sui leucociti a seconda della dose; le emazie possono aumentare un poco di volume. In casi assai rari si distruggono e si ha emoglobinuria. La chinina dà spesso luogo ad emorragie (urinarie, genitali, gastroenteriche, ecc.): esse dipendono da alterazioni del sangue, o da disturbi locali di circolo. La funzione respiratoria non è modificata dalla chinina. Per bocca questa fa l'effetto di un amaro, a dosi alte dà facilmente dolori di stomaco, crampi, nausea, vomito, raramente ematemesi. Accresce la secrezione della bile: non ha effetti diuretici; non è sperimentalmente dimostrato che la chinina provochi l'aborto.

Alcune dermatosi infine (eritemi, ponfi, vescicole, porpore) possono seguire all'uso interno del rimedio: si ritiene che esse dipendano da disturbi nervosi vasomotori.

La chinina ha la proprietà di attivare i fermenti diastasici, disturba e sopprime la funzione del lab e della motilità gastrica; in piccole dosi attiva la pepsina, in medie e grandi la attenua. È notevolmente ridotta l'azione del fegato nel produrre lo zucchero.

Alcuni soggetti presentano un'intolleranza da chinina: tale fenomeno è riportato alle idiosincrasie. È da ritenersi dannoso, anzi pericoloso, l'uso della chinina quando compaiano tali fenomeni, a prescindere dalla dose in cui è somministrato il farmaco. Poichè il chinismo insorge dopo dosi di 2-3 grammi, dobbiamo ritenere come tossiche le dosi superiori ai 3 grammi. La dose terapeutica di chinina è invece la quantità necessaria e sufficiente a far cessare la febbre: essa corrisponde per gli adulti a gr. 1-1.5-2 *pro die* dei sali ricchi di alcaloide.

Nella generalità delle malattie febbrili la chinina esercita una azione antitermica, più o meno forte, ma sempre limitata e passeggera. Nella malaria essa agisce come rimedio antiparassitario, intervenendo perciò, non nel meccanismo che governa la temperatura, ma nel processo stesso che genera e prepara la febbre. La sua virtù specifica consiste:

1° nell'impedire la naturale evoluzione degli schizonti giovani, i quali sono in gran parte inglobati dai fagociti;

2° si oppone all'attività dei merozoiti, rendendoli incapaci di sviluppo;

3° priva d'ogni effetto nocivo i merozoiti, che vanno perduti;

4° in qualche caso può allontanare i giovani ematozoi dalle emazie.

In tali maniere agendo la chinina fa cessare la febbre quasi costantemente: diciamo quasi costantemente perchè si riferiscono casi di febbre malarica, in cui la chinina rimase inefficace. In tali casi occorre che la diagnosi sia assolutamente esatta, il farmaco somministrato a dosi sufficienti, l'assorbimento normale: non basta dare una dose anche terapeutica per un giorno, a tempo debito, bisogna averla ripetuta almeno 2-3-4 giorni. Continuando a somministrare la chinina, dopo troncati gli accessi febbrili, ci si oppone alle recidive. Ricorderemo infine come

la chinina sia stata anche impiegata a scopo profilattico, per prevenire la malaria.

Gli altri alcaloidi della china (chinidina, cinconina, cinconidina, ecc.) ed i miscugli di essi con la chinina non offrono vantaggi; od almeno non dànno con sicurezza benefici tali da giustificare il loro impiego.

Nel prossimo numero diremo della terapia della infezione malarica.

Ciuffini.

# RIVENDICAZIONE.

## Appunti sul Sokodu

Dott. Alessandro Dandolo, Borgoricco (Padova).

Ho letto nel *Policlinico*, 1915, Fasc. 32, Sez. Pr., che il primo caso di *Sokodu*, ovvero *malattia da morso di sorcio*, fu descritto nel 1911 dal Frugoni e che due nuovi casi ne furono descritti dal Zunini nel 1914 (*Gazz. degli Osp. e delle Cliniche*).

Per avere esatto il ricordo di un caso da me osservato nell'ospedale di Castelfranco Veneto, volli rivedere i *Resoconti*, che io solevo pubblicare in limitata diffusione, ne' primi anni del mio esercizio in quel nosocomio.

In fatti, nel resoconto dei malati curati nel 1899 e pubblicato nel 1900 ho trovato il mio caso, il quale per essere ivi succintamente accennato, ripeto qui testualmente:

« Di queste (4 ferite degli arti superiori, pagi- « na 26) fu veramente singolare la *terza*, deter- « minata da morso di sorcio. La diffusione flo- « gistica si estese fino alle ghiandole cervicali, « con vari ascessi lungo il braccio e l'antibrac- « cio. Non vidi e non sapevo di tali gravi ferite « da sorcio: ne scrisse di recente solo il Miyake, « *Centr. für Chir.*, n. 5, 1900) ».

Il motivo della brevità non è solo quello, che il caso doveva prender posto in un resoconto per sua natura sinottico, ma anche un altro: mi aveva cioè talmente colpito per la sua rarità, che io mi proponevo di farne soggetto di speciale osservazione, abbandonata poi per varie ragioni, non ultima il soverchio lavoro in quegli anni.

Ricordo però molti particolari. Trattavasi di una donna di mezza età, operaia, che inseguendo un grosso ratto, lo prese per la coda nell'atto che esso stava per cacciarsi in un buco; la bestia si voltò e morse la mano che avea afferrato la sua coda. Io ho ricevuto la malata quando non solo tutto il braccio era tumefatto, ma alcune ghiandole cervicali erano in via di suppurare. Ho fatto, qui e là, alla comparsa di ascessi e adeniti, parecchie incisioni; la paziente fu dimessa, per ritornare in breve all'ospedale per nuove suppurazioni e la cura, di esito favorevole, durò, nell'ospedale, per circa quattro mesi. Nessuna indagine batteriologica.

Ed ecco che proprio ne' giorni della pubblicazione del resoconto suaccennato vidi nel pur riferito periodico il lavoro del Miyake, sunteggiato dalle *Mittheilungen*, ecc., vol. V, fascicolo II. Anche allora, come nella recente pubblicazione dello Zannini, l'etiologia era ignota e i mezzi di cura, quelli odierni. La durata della malattia vi è pure notata, e di mesi per lo più, come nel mio caso.

Il motivo di questo mio appunto non è certo per chiedere la precedenza, nell'osservazione e pubblicazione della forma morbosa, sul caso del Frugoni, pubblicato nel 1911 (*Rif. med.*) e che si vuole il primo caso pubblicato in Italia, ma è un altro. Il dott. Haeckel (di Stettin) nella recensione del lavoro del giapponese Miyake gradisce la conoscenza di questa malattia che « come sembra (aggiunge) nella letteratura medica europa non fu mai menzionata... ».

# STORIA DELLA MEDICINA.

## Uno psichiatra del secolo XVI.

Visse in Italia nel sec. XVI un uomo che rappresenta un caso molto curioso di precocità intellettuale e di laboriosità. Senza essere medico, vestendo l'abito religioso, per il suo grande amore allo studio affrontò problemi di medicina del più grande interesse.

Tommaso Garzoni nacque a Bagnacavallo di Romagna nel 1549 da Pietro e da Altabella Lunadi. Il suo vero nome era Ottaviano, che poi mutò in quello di Tommaso, quando si fece religioso. Allievo di Filippo d'Oriolo d'Imola, sotto il quale studiò belle lettere, fece così rapidi progressi che a 11 anni compose un poema latino. A 14 anni fu inviato a Ferrara a studiare diritto, ma nel suo desiderio di imparare meglio l'italiano, che sino allora aveva parlato male, andò a Siena, alla scuola di Orazio Spanocchio e di Fabio Maretta.

A 17 anni si ritirò nell'ordine di Canonici rigolari del Laterano e vestì l'abito nel 1566: da allora si diede alla teologia, alla filosofia, allo studio dell'ebraico e dello spagnuolo; e scrisse molte opere. Morì l'8 giugno 1589.

Fra i numerosi scritti ricordiamo: *Il theatro de vari e diversi cervelli mondani* (Venetia, 1583), *La piazza universale di tutte le professioni del mondo* (ibid., 1585), *L'Hospitale de' pazzi incurabili* (ibid., 1586), *Il serraglio de gli stupori del mondo*, diviso in 10 appartamenti, secondo gli

vari et ammirabili oggetti, cioè di Mostri, Prodigi, Sorti, Oracoli, Sibille, Sogni, Curiosità asrologica, Miracoli in genere et Meraviglie in spetie (ibid., 1613).

Dal nostro punto di vista l'opera più interessante è l'*Hospitale de' pazzi* « oeuvre non moins utile que recreative et nécessaire à l'acquisition de la vraje sagesse » — come si esprime François de Clarier nella traduzione francese, che egli ne diede (Paris, 1620) — in cui « sont déduites de point en point toutes les folies et les maladies d'esprit, tant des hommes que des femmes » (1).

Se Garzoni avesse eseguito il suo lavoro nella stessa maniera con cui l'aveva iniziato, mantenendo attorno allo studio di ogni sorta di pazzia una compilazione di concetti medici simile a quella posta nei primi discorsi dell'opera, avrebbe compiuto un riassunto bibliografico di psichiatria antica del massimo interesse. Esso risiede in gran parte nell'avere riportato molto di quanto credeva il volgo del secolo XVI riguardo alle malattie mentali.

Il Garzoni divide il suo *Hospitale* in numero di appartamenti molto superiore a quello stabilito nei moderni manicomi: in modo simile aveva diviso in stanze il suo *Serraglio.* Ogni gruppo di pazzi è sotto la protezione di una dea e ad ogni discorso dedicato alle singole forme fa seguito una preghiera poetica, la quale contiene la terapia consigliata nelle malattie mentali, terapia poco efficace, quale era in voga nell'epoca.

Se la trattazione è barocca e priva di vigor di critica, non mancano dei passi degni di attenzione.

Nel discorso primo parla della pazzia in genere « la quale, entrando dentro alla casa del cervello, offusca l'immaginativa, pervertisce la cogitazione, aliena la mente, corrompe la ragione, impedisce che l'uomo non discerne, non legge, non parla, non opra cosa che sia a proposito, ma coi fantasmi turbati, coi spiriti vacillanti, col sonno infermo, col cervello agonizzante, colla testa vuota s'aggira vanamente intorno a mille scempietà non meno compassionevoli, che ridicolose ».

Nei tempi del Garzoni si poteva parlare di pazzia soltanto come egli fece. Non era possibile richiamare verso il pazzo uno sguardo di pietà, nè consigliare un gesto di soccorso. Nel dipingere il quadro della pazzia non potevano mancare i colori foschi, i toni esagerati, nella visione di un pazzo agitato, minacciante e dibattenersi furiosamente per spezzare le sue catene nella spaventevole solitudine della casa dei pazzi.

E dopo aver accennato alla follia nei popoli primitivi, a quelle forme collettive di abitudini o di pratiche comuni a un intero gruppo etnico, che sembrano abnormi e sono invece derivati religiosi o simbolici; viene a trattare delle singole forme morbose. Garzoni fa suo il concetto galenico della frenesia, che la considera « come quella affetione o passione interiore, che accompagnata con la febbre acuta, porta seco una continuata dementia nel cerebro del patiente »; e prende da Aetio il concetto patogenetico che attribuisce la frenesia « a una certa infiammatione delle membrane del cervello, che induce un delirio e una percussione di mente gravissima ». Supera così molti pregiudizi scolastici e mette in causa l'encefalo direttamente leso, descrivendo quelli che corrispondono ai moderni deliri febbrili.

Il concetto di una stretta affinità fra alcool e sanità psichica è molto antico, tanto immediati sono gli effetti dell'alcool sul sistema nervoso e tanto ostensibili le manifestazioni dell'eccitamento motore centrale che esso provoca. A questo si riferisce in particolare l'A. quando dice che « dal fumo e dai vapori del vino si constituisce quella specie di pazzi i quali hanno questa proprietà in loro, come son del vino tocchi e riscaldati, eccitano tumulti e strepiti tali che somigliano Sterope e Bronte nella fucina di Vulcano ».

Uno dei capitoli della psichiatria più conosciuti dai medici antichi è quello della malinconia e doveva esser così, chè essa, come malattia mentale, era stata giudicata fra i disturbi prodotti dal predominio della malinconia umorale. E il Garzoni la considera cagionata dal soverchio umore malinconico il quale veniva a occupare la « sede della mente »; la dice un « delirio senza febbre », credendo che il solo disturbo psichico corrisponda all'immaginazione — mantenendosi integra la memoria e la cogitativa — poichè i malinconici restano « ingannati intorno alle cose viste nelle quali cade l'errore della immaginatione e non dell'altre due potenze ». Nel quadro clinico della malinconia del Garzoni vi sono molti degli elementi, che costituiscono il quadro clinico attuale della stessa.

Il numero di alterazioni psichiche caratterizzate da una insufficienza mentale più o meno grande è tanto considerevole nell'ospedale del Garzoni, che potrebbe essere oggetto di lunghe pagine. Passando alla demenza, facendo sua la definizione di Fernel dichiara che la perdita della memoria è la caratteristica di questi « smemorati o dementi » i quali si riconoscono da ciò che « non han niente di discorso, nè possedono

(1) È con vivo compiacimento per la nostra coltura che vediamo di recente edito a Lanciano, nella collana degli « Scrittori nostri » (n. 51) del Carabba, l'*Hospitale* del Garzoni, a cura di F. Muschioli.

in loro una minima scintilla di meditazione ».

Non desta meraviglia che l'autore credesse che la perdita della memoria fosse la caratteristica della demenza o amenza, perchè il concetto di un vero equivalente fra quella e l'amnesia fu generale fino al secolo XVIII e solo alla fine di questo secolo Carlo Linneo, Vogel, Sauvages, Cullen tentarono di stabilire una differenza fra quelle due entità giudicate sino allora eguali o equivalenti.

La megalomania ha nel libro del Garzoni la sua rappresentazione nei « pazzi gloriosi i quali niente amano più, niente più intensamente cercano, niente con maggior ansietà concepiscono quanto la gloria del mondo, della quale son più vaghi, che gli avari dell'oro, gli orsi del mele, et api de i fiori... talmente accecati da questa maledetta ambitione che gli scanna, che hanno perso il senno, l'intelletto e quanto lume si trova correndo dietro in posta a una minima scintilla di questa volatile gloria... ». E continua descrivendone il portamento, gli atteggiamenti, il linguaggio, definendo bene quel fattore che intercede fra quella passione morbosa e l'amore della gloria dei soggetti normali; fattore dato dall'elemento doloroso della fissazione, del delirio sistematizzato del paranoico.

I *lunatici* o *pazzi a tempo* rappresentano la pazzia periodica o circolare nell'ospedale del Garzoni. Traccia di tempi nei quali l'astrologia giudiziaria fu giudicata una vera scienza, espressione bastarda delle innegabili influenze meteoriche sull'attività biologica, quei « lunatici » del linguaggio famigliare costituiscono un gruppo di individui, il cui stato psichico si crede vincolato alle fasi della luna. Questa influenza causale nel libro in discorso appare chiara nella definizione di questi pazzi, che vengono così chiamati « per non essere del continuo agitati dal furore, ma qualche volta solamente, et con certi intervalli di tempo... » È ancora oggi innegabile un'influenza delle stagioni sulla esplosione di periodi di eccitamento in certe psicopatie.

La simulazione dei disturbi mentali — così frequente ai dì nostri per eludere le conseguenze legali del delitto — trova la sua rappresentanza nell'ospedale garzoniano nei « pazzi simulati o da burla ». L'A. a ragione scrive che non sarebbe giusto rinchiudere questi pazzi in una cella del suo frenocomio, essendo quei tali più che savii nel concetto di Catone, *stultitiam simulare loco prudentia summa est.*

Ha preso pure in considerazione le diverse forme erotiche e altre varietà non bene diagnosticabili oggi, arricchendone la descrizione con numerosi esempi tratti dalla storia dei vari popoli, disponendoli nella ordinata esposizione in celle. Questa classificazione originale è opera esclusiva del Garzoni; egli sulla base delle malattie mentali descritte dai medici del suo tempo — delirio, amentia, melanconia, ipocondria e mania — ha costruito il suo manicomio, con l'aiuto di molti pregiudizi popolari.

Un po' d'ironia si trova qua e là e a questa debbono attribuirsi molte inesattezze e mancanze di logica nel corso delle descrizioni e dei commenti. Egli stesso dichiara nel prologo che nel dettare il suo ospedale gli è piaciuto « rintuzzare la temerità di quei moderni thersiti che si tengono Aiaci, di quei Pigmei che si reputano Alcidi; di quei matti da tarocco che si stimano Nestori... ».

Tuttavia il libro del Garzoni è interessante e, accanto ad alcune mende e prolissità, sono da rilevarsi la notevole erudizione e il merito di avere scritto un'opera sulla pazzia in tempo in cui non si pensava ad essa che per affliggerla di catene e di scempio. I metoposcopi e i fisionomisti son stati annoverati fra i precursori di Lombroso; il Garzoni ha certo maggiori titoli per essere giudicato uno dei precursori della gloriosa psichiatria italiana.

E dobbiamo essere grati a uno straniero, al dott. Hermilio Valdizan, della facoltà medica di Lima, di aver rievocato in una buona monografia (Roma, 1913), l'opera obliata di questo prete romagnolo che scriveva di psichiaria alla fine del XVI secolo.

G. BILANCIONI.

## ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### R. Accademia di Medicina di Torino.

Sedute del 22 e 29 ottobre 1915.

Prof. F. MICHELI e prof. G. QUARELLI. *Saggi di vaccinazione mista antitifica ed anticolerica per via endovenosa.* — In una nota precedente (*Pensiero Medico*, 26 sett. 1915) gli AA. hanno dimostrato come un'unica iniezione endovenosa di vaccino anticolerico, preparato col metodo di Loeffler, in dosi oscillanti tra 1/25 e 1/15 di ansa normale, sia capace di determinare nell'organismo umano una più regolare e più intensa produzione di anticorpi (agglutinine) di quel che non facciano le iniezioni sottocutanee, anche ripetute, di dosi assai superiori di vibrioni colerici emulsionati in soluzione fisiologica di vibroni colerici emulsionati in soluzione fisiologica ed uccisi in vario modo (etere, calore). I risultati da essi raccolti corrispondono assai da vicino a quelli riferiti, nello stesso

tempo e indipendentemente, da Moresci e Marcora, i quali hanno determinato, accanto alle agglutinine, anche il potere batteriolitico del siero (metodo di Pfeiffer), ottenendo valori assai elevati otto giorni dopo l'iniezione endovenosa di una dose conveniente di vaccino anticolerico preparato ugualmente col metodo di Loeffler. Si ripete adunque pel vibrone colerico quanto è stato ormai ben stabilito per il bacillo del tifo, attraverso le ricerche concordi di Friedberger e Moreschi, Moreschi e Bosisio, Micheli, Sebastiani e Galassi, Cesa-Bianchi.

Il momento era dunque maturo per eseguire, come gli Oo. hanno fatto nella Clinica del professor Bozzolo, mercè il suo vivo interessamento, alcuni tentativi di vaccinazione mista, antitifica ed anticolerica, per via endovenosa, con vaccini preparati col metodo di Loeffler, metodo che corrisponde meravigliosamente, come si è visto, alle esigenze che si richiedono ad un vaccino inoculabile nelle vene.

Il fondamento dottrinale e sperimentale della vaccinazione mista con specie batteriche diverse deriva essenzialmente dalle belle ricerche di A. Castellani seguite da alcune poche altre (Porcelli-Titone, Danila, Schmitz), che hanno stabilito negli animali e nell'uomo la possibilità di ottenere simultaneamente l'immunizzazione per due-tre o più specie batteriche, anche lontane. Ma l'applicazione all'uomo della vaccinazione mista per via endovenosa — la via che dà più affidamento di un alto grado di vaccinazione — imponeva molti riguardi in rapporto sopra tutto al dubbio, essenzialmente teorico, ma razionale, che l'azione tossico-pirogena, che si accompagna, come è noto, alla dose *optimum* dei singoli vaccini, si sommasse nell'organismo con risultato di manifestazioni tossicopirogene troppo intense.

Oggi si può affermare che questi timori non hanno ragione di essere.

Oltre 20 soggetti al di sotto dei tren'anni, sani e convalescenti di affezioni non febbrili, sono stati iniettati dagli AA. contemporaneamente per via endovenosa con vaccino antitifico ed anticolerico (metodo di Loeffler), alcuni con dosi lievi, altri con dosi corrispondenti alla dose optimum di ciascun vaccino (1/100 di ansa di vaccino antitifico e 1/25 di ansa di vaccino anticolerico 1/1500-1/15, 1/1000-1/15, ecc.) senza il più piccolo inconveniente. Le diluizioni di ogni singolo vaccino erano mescolate a parti uguali prima della inezione, ed il miscuglio iniettato alla dose di 2 cc. nelle vene del gomito.

Gli Aa. presentano una serie di tabelle termografiche: appare con molta evidenza che in seguito all'iniezione endovenosa contemporanea di una dose *optimum* di vaccino antitifico ed anticolerico, la reazione febbrile e le altre manifestazioni morbose che alla temperatura sono coordinate e d'ordinario proporzionali, non sono superiori, ma corrispondono talora a quelle determinate da una stessa dose di vaccino unico e assai spesso, anzi, risultano più o meno notevolmente inferiori, fino ad essere pressochè nulle.

Richiamano l'attenzione su questa forma di reazione paradossa che non pare riferibile per la sua relativa frequenza a variazioni individuali di reazioni e che con tutta probabilità non è l'espressione del sommarsi nell'organismo dell'azione tossica dei due vaccini con effetto di ipotermia.

L'azione neutralizzante del vaccino anticolerico sull'azione tossico-pirogena del vaccino antitifico si riconnette forse ai successi ottenuti di recente nella cura del tifo coll'iniezione endovenosa di materiali pirogeni diversi (eterobatterioterapia).

Anche nell'organismo del tifoso l'iniezione endovenosa di una dose di vaccino anticolerico corrispondente alla dose minima sufficiente ad una produzione massima di anticorpi esercita, come appare da una curva che gli Aa. presentano, una evidente azione antitermica. Si riservano comunque di allargare su questo punto le loro esperienze e di tornare sull'argomento.

La vaccinazione mista è seguita dalla produzione di anticorpi specifici (agglutinine) per le due specie batteriche inoculate, in misura varia da individuo ad individuo, talora equivalente a quella determinata dalla vaccinazione separata, qualche volta, a giudicare dai risultati raccolti finora, alquanto inferiore. Comunque, sperimentalmente e praticamente la possibilità della vaccinazione mista per via endovenosa contro il tifo ed il colera sembra, attraverso questi dati, ben stabilita e degna di essere applicata, quando circostanze speciali lo esigano, nella difesa contemporanea di queste due infezioni.

*Interessante e pratica pubblicazione*:

Dott. ELIO FABBRI

**GUIDA ALL'ESAME DELL'INFORTUNATO**

(Manuale di Semeiotica Speciale)

Un volume di 164 pag., in-16°, con tavole fuori testo.

I nostri associati che desiderano provvedersi di questo utile manualetto, lo riceveranno prontamente spedendo alla nostra Amministrazione sole L. 2.25 mediante cartolina-vaglia, la quale dovrà essere indirizzata nominativamente **al** prof. Enrico Morelli, via Sistina, 14-15, Roma.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Splenectomia, modificazioni del sangue e ittero emolitico.

MUSSER KARSNER e PEARCE (*Proc. of the Path. Soc. of Philadelphia* 1913) in seguito ad esperimenti fatti sul cane, vengono alle conclusioni seguenti:

La splenectomia provoca:

1) Anemia secondaria, che dura due mesi e mezzo;

2) Leucocitosi postoperativa, più notevole 24 ore dopo l'operazione, che dura poi un tempo variabile, più lungo però del periodo di osservazione (138 giorni);

3) Assenza totale di eosinofili dalla terza all'11ª settimana, seguita poi da eosinofilia piuttosto pronunciata;

4) Diminuzione e poi accrescimento del numero dei grandi mononucleari e delle forme di passaggio; in proporzione i linfociti ed i polinucleari dapprima aumentano, poi diminuiscono.

Gli eritrociti mostrano un aumento di resistenza all'azione delle soluzioni saline ipotoniche ed all'immunsiero emolitico specifico. Sembra che il grado di resistenza aumenti con l'aumentare del tempo trascorso dalla splenectomia.

Tale aumento di resistenza non è dovuto ad aumento del potere antiemolitico del siero dell'animale od a diminuzione del valore complementare del siero stesso, ma dipende dagli stessi eritrociti.

Gli eritrociti mostrano un aumento di resino una sola iniezione di immunsiero emolitico specifico, ed in cui si ha quindi una anemia temporanea, mostrano parimente, quando si ristabiliscono, un aumento di resistenza delle emazie senza che vi sia produzione di emolisina.

Siccome il risultato della splenectomia è l'anemia di vario grado, sembra che l'aumento di resistenza delle emazie sia concomitante alla loro rigenerazione che segue l'anemia e quindi analoga all'aumento di resistenza che si nota in diverse forme di anemia.

Nulla dimostra che l'anemia consecutiva alla splenectomia sia dovuta alla presenza di emolisine, o che l'aumento di resistenza sia invece dovuto ad antiemolisine che si accumulino nel sangue dopo la splenectomia. E' invece evidente che la milza in qualche modo controlla o regola la distruzione (e forse la rigenerazione del sangue).

Per quanto riguarda l'ittero emolitico, Pearce (*ibidem*) ha osservato che per un po' di tempo dopo la splenectomia l'immunsiero emolitico specifico non provoca la comparsa dei pigmenti biliari nell'urina, o almeno se ne trovano solo tracce minime.

Uno o due mesi dopo l'animale dimostra un aumento di resistenza al siero emolitico, dovuta probabilmente ad aumento di resistenza delle emazie. In un periodo più lontano (6-10 mesi) si può avere anche un'itterizia spontanea. L'anemia primitiva, susseguente alla splenectomia, ha probabilmente un nesso definito con la mancanza di itterizia, poichè questa si ha negli animali in cui l'anemia manca od è leggera.

Similmente nei periodi più lontani, gli animali con itteriza spontanea hanno un reperto di sangue normale.

Le iniezioni di emoglobina (sangue laccato) mostrano che la milza non ha influenza sulla trasformazione della emoglobina in pigmento biliare e sul tasso di eliminazione di questo. Ciò però non esclude l'influenza della milza sulla liberazione dell'emoglobina dalle emazie.

FIL.

## CASISTICA.

### Il cuore nella difterite.

Hume e Clegg (*Quarterly Journal of Medicine*, 1914) hanno fatto degli studi interessanti sui disturbi del cuore che si verificano frequentemente nella difterite. Il materiale di studio comprende 573 casi di difterite; in questi 40 volte furono trovati disturbi cardiaci. Gli AA. dividono questi casi in tre gruppi.

Nel primo gruppo sono compresi quei casi nei quali corrispondentemente alla gravità del quadro generale della malattia si ebbero ad osservare gravi e svariate irregolarità del ritmo cardiaco. In questi pazienti le membrane erano molto estese e la tossiemia gravissima: c'era notevole prostrazione, vomito frequente e la morte sopravvenne prima di quindici giorni dall'inizio della malattia. Fin dal sesto giorno poteva rilevarsi una notevole dilatazione del cuore accompagnata da grave aritmia. All'autopsia si trovarono fatti degenerativi nel miocardio, principalmente nella parete ventrico-

lare, con placche di miocardite interstiziale, dilatazione ed ingorgo dei più piccoli capillari. Nel nodo seno-auricolare c'era aumento vascolare ed emorragie in atto. Non c'erano alterazioni istologiche nei capillari dilatati del nodo auricolo-ventricolare, nè c'era anormalità nei fasci auricolo-ventricolari o nelle sue due branche principali.

I casi appartenenti al secondo gruppo erano caratteristici per la marcata tossiemia e per la estensione della membrana alle fauci. I disturbi del cuore erano rappresentati da extrasistoli auricolari e ventricolari e da indebolimento del battito. L'esame isto-patologico mise in evidenza un aumento di grasso nelle fibrocellule del miocardio e placche di miocardite interstiziale sparse nella parete ventricolare.

Al terzo gruppo appartengono i casi nei quali non c'era evidente tossiemia e nei quali le membrane non erano molto diffuse. Non si rilevarono vere anomalie a carico del cuore, ma solo di tanto in tanto dei leggeri disturbi.

Analizzando i risultati dei loro studii Hume e Clegg osservano che è impossibile mettere esattamente in rapporto i reperti anatomici con il quadro sintomatologico presentato a carico del ritmo cardiaco. Certo coesistono fatti irritativi e distruttivi, donde i fenomeni di eccitazione e di depressione nella varia funzione della musculatura cardiaca.

Il tipo di aritmia si modifica da un giorno all'altro e ciò è evidentemente in rapporto con le variazioni sia qualitative che quantitative che si verificano nel processo patologico del muscolo e dei nervi del cuore. Il risultato più importante di questi studi si è che le forme di aritmia cardiaca nella difterite sono sempre l'espressione di lesioni anatomiche anche quando la mitezza del decorso della malattia non lo lascerebbe sospettare.

DR.

**Rumori della stenosi mitrale.**

Negli stadi tardivi della stenosi mitrale compare spesso un rumore di rigurgito, che è dovuto certamente alla insufficienza della tricuspide per dilatazione del ventricolo destro. Poichè esso in tali casi, può venire ad occupare la sede del ventricolo sinistro, se non si è sull'avviso, facilmente si attribuiscono al sinistro i sintomi di spettanza del ventricolo destro. Invece, per rilevare, in tali casi, i sintomi del ventricolo sinistro, occorre ricercarli nella regione dell'angolo inferiore della scapola, poichè esso ha subìto una rotazione verso l'esterno e l'indietro. Più tardi, oltre al ventricolo destro si dilata anche l'ostio dell'arteria polmonare e le valvole sigmoidi diventano più o meno insufficienti; sul focolaio di queste si avverte allora un rumore diastolico speciale, che ha un po' del soffio venoso, è prolungato e talora musicale; esso è però affatto diverso dal rumore presistolico che si forma sul focolaio della mitrale.

Non sempre è possibile distinguere questi rumori del *cuore destro* da quelli del sinistro; essi accompagnano, con relativa frequenza, la stenosi mitralica. Sopra 84 casi di questa, Goodhart (*Lancet* 3 luglio 1915) ha riscontrato in 7 casi il rumore sistolitico sulla tricuspide, in 6 il rumore diastolico sulla polmonare, in 4 entrambi.

Quanto al polso sistolico delle vene del collo, che, secondo i trattatisti, accompagnerebbe di regola l'insufficienza della tricuspide, l'A. ha rilevato che esso è un sintoma incostante, e ciò si comprende quando si pensi che il polso venoso, in tale contingenza, è in dipendenza di una enorme distensione dell'orecchietta destra, ma che si produce relativamente di rado.

Ciò che invece, secondo l'A., è caratteristico, è la dilatazione enorme, ma tuttavia graduale dei vasi venosi dei polmoni e del fegato; questi organi agiscon come potenti serbatoi a garanzia contro la stasi venosa generale; si hanno così talvolta delle spiccate epatomegalie e delle ematemesi, mentre invece gli edemi compaiono assai tardi. In caso di ciò la prognosi della stenosi mitralica resta sensibilmente migliorata, sicchè lo stato del paziente, specie se mantiene un opportuno regime di vita, può conservarsi buono a lungo.

Quanto alla cura, la digitale, che è il rimedio per eccellenza del cuore sinistro, serve poco; Sanson ricorre alla convallaria; l'A. preferisce l'oppio, che agisce rafforzando direttamente l'azione del cuore destro. Nei casi più avanzati si ricorrerà al sanguisugio ed al salasso, che l'A. anzi prescrive sistematicamente due volte l'anno (in autunno e in primavera): sarà opportuno altresì non combattere energicamente le diverse emorragie (ematemesi, emottisi, melena, metrorragie) che agiscono favorevolmente, impedendo la stasi.

Pasti brevi, di carne tenera, pane abbrustolito, latte quagliato; di tratto in tratto un regime di digiuno; i regimi secchi danno di solito risultati poco buoni. Sono consigliabili altresì un po' di moto, e, moderatamente, la ginnastica svedese ed il massaggio, onde impedire che ristagni troppo sangue nel fegato e nei polmoni e per favorire anche l'azione aspiratrice del cuore.

FIL.

## TERAPIA.

### Sieri glucosati.

Raumel e Cattala (*The Pratictioner*, 1915, agosto) riferiscono gli eccellenti risultati ottenuti dall'uso di siero glucosato nel trattamento di stati infettivi con grave tossiemia ed in casi di prolungata inanizione, oliguria di origine meccanica, ecc. Anche Fleig e Montpellier si sono occupati a lungo di questi sieri e li dividono in due classi, isotonici ed ipertonici. Sono stati fatti anche dei tentativi con sieri ipotonici, ma il loro uso non ha avuta una larga applicazione. I sieri glucosati possono essere semplici o mescolati con differenti sostante minerali e medicamenti.

I sieri isotonici sono:

*a*) Glucosio puro cristallizzato gr. 47.
Acqua distillata fino a formare un litro.

*b*) Glucosio puro cristallizzato gr. 30-35.
Cloruro di calcio anidro gr. 2-4.
Glicerofosfati di sodio gr. 4-6.
Acqua distillata fino a formare un litro

*c*) Glucosio puro cristallizato gr. 25.
Bicarbonato di sodio gr. 7.
Acqua distillata fino a formare un litro.

*d*) Glucosio puro cristallizzato gr. 15.
Brumuro di sodio gr. 10.
Acqua distillata fino a formare un litro.

*e*) Glucosio puro cristallizzato gr. 20.
Teobromina gr. 1.
Fosfato di sodio neutro gr. 4.
Acqua distillata fino a formare un litro.

*f*) Glucosio puro cristallizzato gr. 20
Diuretina gr. 2.
Acqua distillata fino a formare un litro.

*g*) Glucosio puro cristallizzato gr. 20.
Caffeina gr. 0.50.
Acqua distillata fino a formare un litro.

Chauvin ed Oeconomos suggeriscono la formula di un siero da prendersi oralmente:

Glucosio puro cristallizzato gr. 150.
Tintura di noce vomica gr. 0.50.
Tintura di cannella gr. 6.
Acqua gr. 300.

I sieri ipertonici sono:

*a*) Glucosio puro cristallizzato gr. 300.
Acqua distillata fino a formare un litro.

*b*) Glucosio puro cristallizzato gr. 150-200.
Cloruro di calcio gr. 3-5.
Glicerofosfato di sodio gr. 5-7.
Acqua distillata fino a formare un litro.

*c*) Glucosio puro cristallizzato gr. 100.
Bicarbonato di sodio gr. 30.
Acqua distillata fino a formare un litro.

*d*) Glucosio puro cristallizzato gr. 120.
Teobromina gr. 1.
Solfato neutro di sodio gr. 4.
Acqua distilata fino a formare mezzo litro.

*e*) Glucosio puro cristallizzato gr. 170.
Diuretina gr. 2.
Acqua distillata fino a formare mezzo litro.

*f*) Glucosio puro cristallizzato gr. 170.
Caffeina gr. 0,50.
Acqua distillata fino a formare mezzo litro.

Di tali soluzioni isotoniche ed ipertoniche si può iniettare per via ipodermica o intravenosa ogni giorno fino a mezzo litro, diviso in due volte. Fleig raccomanda di fare le iniezioni a giorni alternati. Helmotz usa per i bambini una soluzione di glucosio al 6 % iniettandone 100 cmc. ogni giorno.

Oltre che effetti nutritivi queste soluzioni quando siano date per via ipodermica o intravenosa hanno una notevole azione diuretica e riescono cardiotonici ed antitossici.

DR.

### I sieri glucosati nella profilassi dello shock.

Burnham (*The American Journal of the medical Sciences*, 1915, settembre) rileva il valore delle iniezioni di soluzioni di glucosio come mezzo profilattico per impedire le manifestazioni dello shock post-operatorio ed espone i metodi di somministrazione di tali sieri. È oramai noto che gli individui ben nutriti sopportano le operazioni chirurgiche meglio degli altri. L'individuo operato nelle prime ventiquattro ore esaurisce tutti i materiali nutritivi di cui dispone e comincia a consumare i proteidi ed i grassi costituenti i tessuti. L'inedia produce una condizione sotto il nome di acidosi, che d'altronde si può provocare artificialmente con una lunga dieta senza carboidrati: lo stesso si verifica nei diabetici che non possono utilizzare gli idrati di carbonio circolanti nel sangue, in alcuni tipi di alterato ricambio dei bambini, nel vomito delle gravide e frequentemente dopo una lunga anestesia.

Dal punto di vista chirurgico l'acidosi è interessante perchè essa si verifica dopo le anestesie nel 30-60 % dei casi ed in quelle malattie accompagnate dalla incapacità a ritenere i cibi. La intossicazione acida che segue a queste due condizioni è sempre più grave di quella derivante da altre cause. Gli esperimenti hanno confermato che l'anestesia cloroformica è capace

di provocare l'acidosi, alla quale si può ovviare nutrendo convenietemente l'animale, e che la migliore nutrizione è quella fatta con carboidrati.

Conviene pertanto che i soggetti che devono essere sottoposti ad una grande operazione chirurgica vengano sia prima che dopo alimentati con carboidrati.

Secretan ha rilevata l'importanza di nutrire il paziente prima dell'operazione come mezzo preventivo dello shock post-operatorio. Egli afferma che è utile di dare da due a quattro ore prima che l'anestesia sia cominciata degli alimenti facilmente digeribili. Ai pazienti per i quali non esista una controindicazione per l'alimentazione orale, si può dare un pasto contenente una considerevole quantità di carboidrati sotto forma di pane o di cereali otto o dodici ore prima dell'operazione ed un pasto con 100 a 200 calorie sotto forma di carboidrati facilmente assorbibili tre ore prima dell'anestesia. L'A. ha trovato in pratica che quest'ultimo pasto può essere dato sotto forma di caffè o aranciata zuccherata con lattosio.

Dopo l'operazione, quando cioè per l'effetto dell'anestesia si produce il vomito, ed in quei casi in cui anche prima non è possibile la somministrazione di cibi per la via orale, si ricorrerà alla via rettale o a quella sottocutanea, o a tutte e due insieme: il nutrimento allora consisterà in soluzioni di glucosio.

Lo zucchero, sotto forma di soluzioni di glucosio, dà energia ai tessuti e ne ripara le perdite; diminuisce l'acidosi e quindi tende a rimuovere una delle cause del vomito post-operatorio; neutralizza alcuni veleni circolanti nel sangue; riesce nutritivo e stimola l'attività del cuore. Kausch raccomanda soluzioni al 7 % per iniezioni endovenose e al 4-5 % per ipodermoclisi.

In confronto delle soluzioni saline i sieri glucosati hanno certo dei vantaggi ma anche degli svantaggi. Le soluzioni dovrebbero essere sempre preparate di fresco perchè facilmente soggette a contaminazioni essendo il glucosio un eccellente terreno di cultura. D'altra parte le ipodermoclisi di soluzioni di glucosio sono molto più dolorose di quelle di soluzioni saline.

Durante le 24 ore possono essere iniettati da due a tre litri di soluzione e fino a 210 grammi di glucosio in relazione alla natura ed all'urgenza del caso. Oltre che ipodermicamente il glucosio può essere somministrato per la via rettale durante l'anestesia e per un periodo di parecchi giorni dopo l'operazione.

Nei casi di acidosi manifesta prima dell'operazione si provvederà alla somministrazione di alcali, carbonato di soda, fino a che la reazione dell'urina ritorna alcalina o neutra.

Ma a parte i casi chirurgici si può ottenere la diminuzione dei corpi acidi in alcune malattie del ricambio mediante la somministrazione per via sottocutanea o rettale di soluzioni di carboidrati. Le affezioni che più comunemente producono l'acidosi sono il diabete, la nefrite, le malattie del fegato, i vomiti prolungati, gli avvelenamenti da cloroformio. Ed è appunto in questi stati che il chirurgo trova un gran vantaggio dall'iniezione di sieri glucosati.

DR.

# IGIENE.

## La difesa contro gli insetti parassiti del nostro corpo.

*Il « Gruppo per propagande mediche nella guerra » ha diffuso dei fogli volanti che portano questo titolo; ne diamo il contenuto.*

1° I pidocchi, le cimici e le pulci sono insetti che ci pungono per succhiare il sangue, vivono a spese del nostro corpo e si dicono quindi parassiti; sono veicolo di malattie infettive gravissime, sempre temibili, specialmente in guerra.

### DEI PIDOCCHI.

2° I pidocchi solitamente sono il portato della sporcizia e dell'incuria del nostro corpo, e specialmente dei disagi della guerra, quando è meno facile di provvedere ad una buona pulizia.

3° I pidocchi sono di tre specie: il pidocchio del capo, il pidocchio delle vesti, il pidocchio delle parti genitali (detto volgarmente *piattola*). Il primo nidifica specialmente sui capelli e vi appiccica le uova (*lendini*). Il pidocchio delle vestimenta nidifica nelle vesti, fra le cuciture e nelle pieghe delle stoffe, specialmente di lana; e tanto più quanto sono sudice per il lungo uso. Lo si trova a preferenza in certe parti del corpo (ascelle ed ombelico). Il pidocchio delle parti genitali (*piattola*) vive fra i peli che coprono tali parti e quivi provoca un grande prurito. Questo pidocchio può estendersi su tutte le parti pelose del corpo, non mai ai capelli.

4° I bambini sono più soggetti ai pidocchi del capo, perchè se li trasmettono l'un l'altro per contatto diretto (nel giuoco, alla scuola, ecc.). Diverse malattie della pelle del capo possono essere causate ed aggravate dalla presenza dei pidocchi, i quali vi innestano diversi microbi.

5° I pidocchi della testa si uccidono strofinando bene i capelli con olio e petrolio a parti

uguali: si copre poi tutta la testa con un berrettino da notte o con una benda di tela. Dopo 1 ora, si lava testa e collo con aceto caldo che scioglie la sostanza gelatinosa con cui le lendini sono fissate al capello. Una buona saponata calda e il pettine fitto completano l'operazione.

6° La trasmissione di malattie molto gravi, quali p. es. il *tifo esantematico o petecchiale*, avviene per mezzo del pidocchio delle vesti: da ciò la necessità per il soldato di fare, anche nelle condizioni più difficili, il bagno generale con abbondante saponatura. Non basta! Bisogna distruggere i pidocchi: il metodo più pratico è di bruciare fiori di zolfo sopra una bracera in ambiente ben chiuso, e lasciando agire il gas solforoso almeno per 2 ore. La quantità di zolfo da bruciare deve essere di 80 gr. per ogni metro cubo di ambiente, esponendovi gli oggetti sospesi su corde. Si tenga presente che gli oggetti colorati possono essere stinti dall'azione del gas. È raccomandabile l'uso di portare alcune sostanze (p. es. la canfora o la naftalina) conservate in sacchetti a contatto della pelle sul petto e dietro la schiena (a modo di scapolare) e anche distribuite sotto la fodera degli abiti. È bene inoltre radere i peli sopratutto delle ascelle, sui quali il pidocchio delle vestimenta depone molto spesso le uova, e, per le stesse ragioni, lavare accuratamente le piegature della pelle e la fossetta ombelicale. Utilissime sono le strofinature del corpo con unguento naftolato al 10 %.

7° Per distruggere il pidocchio delle parti genitali, si dovranno tagliare i peli e strofinare con una soluzione di aceto e sublimato (aceto gr. 500 e sublimato gr. 1) oppure con olio di oliva naftolato (olio oliva gr. 60 e naftol b. gr. 5), facendo precedere e susseguire a queste strofinature una buona lavatura con acqua e sapone. Serve anche l'unguento cinereo, che va usato però con parsimonia e sotto sorveglianza del medico.

DELLE CIMICI.

8° Le cimici come le pulci non permangono sul nostro corpo, ma ci assalgono preferibilmente durante le ore di riposo e nella notte.

9° La cimice vive nei letti, nelle screpolature dei muri e dei soffitti e sotto le tappezzerie. In questi nascondigli e più ancora nei punti di congiuntura e negli angoli delle lettiere e degli elastici, nelle ripiegature e cuciture dei paglericci e materassi, le femmine si riparano durante il giorno e depongono le uova incollandovele con una materia glutinosa come quella che tiene le lendini dei pidocchi attaccate ai capelli e ai peli.

10° Anche le cimici sono portatrici di malattie infettive mediante le loro punture, le quali determinano sempre una viva reazione cutanea a forma di tumefazione edematosa (*pomfo*).

11° Per combattere le cimici il migliore disinfettante è la formalina in soluzione alcoolica (alcool denaturato gr. 100 - formalina gr. 5-10). Con un pennello si bagnano tutti i punti dei letti, elastici, screpolature dei muri, ecc. Questa soluzione disinfettante penetra facilmente anche sotto le tappezzerie, ma è necessario ripeterla parecchie volte perchè siano distrutte anche le uova.

Per difenderci dalle cimici giova molto l'uso della naftalina sparsa a terra intorno al giaciglio, sul letto e sopra il materasso. Anche la razzia e le altre polveri insetticide del commercio possono giovare, ma occorre siano di recente preparazione.

DELLE PULCI.

12° Le pulci, che si annidano negli interstizi dei pavimenti, negli angoli delle camere di abitazione e sopratutto nelle biancherie sudicie, come qualunque altro insetto parassita che succhia il nostro sangue, possono essere causa di infezioni. La peste bubbonica p. es. è una malattia che viene trasmessa all'uomo dalle pulci dei ratti, ma anche la comune pulce dell'uomo può trasmettere questa malattia quando abbia punto un ammalato di peste.

13° Contro le pulci possiamo usare per il nostro corpo le polveri insetticide, spargendole specialmente nelle calze e nelle mutande, poichè generalmente le pulci ci assalgono dai pavimenti: pei letti si provvede spargendo le polveri fra le lenzuola e il materasso e le coltri.

Nei locali infestati dalle pulci si può usare qualunque soluzione disinfettante, ma è preferibile la formalina (gr. 50 - 100 per ogni litro di acqua) distribuendola con uno straccio in modo che la soluzione disinfettante penetri bene in tutti gli interstizi dei pavimenti.

C. T.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(586) *Cura della foruncolosi.* — Prego codesta Redazione a rispondere nella « Posta degli abbonati » sui nuovi metodi di cura della foruncolosi ribelle ai comuni trattamenti.

Pare che sulla comprensione della suddetta malattia non vi sia il menomo consenso negli autori.

È dessa una malattia della pelle o un'infezione generale con localizzazione nella glandole cutanee?

In 22 volumi del « Policlinico » non ho trovato

nulla in proposito, eccetto un caso di foruncolosi guarito con siero antistafilococcico.

Quando si rinviene zucchero o albumina nelle urine, la comprensione è facile; ma quando gli organi sono tutti sani, dal rene alla sfera genitale, non è logico considerarla come entità patologica a sè?

I sistemi curativi poi risentono — mi pare — del dubbio nosologico.

Dai bagni medicati, dalle imbrocazioni, dalle fumigazioni, dai sistemi sudorativi si arriva al siero autogeno, passando pei preparati arsenicali, per gl'iperleucocitizzanti, pel siero normale, pel Behring, per gli antistafilo-strepto-diplococcici, senza parlare dei nucleatol, nuclearsitol e foruncolina.

Quando nulla di tutto ciò riesce è lecito ricorrere alle iniezioni endovenose di sublimato alla Baccelli, considerando la foruncolosi — malattia a sè — vera quiddità patologica, quale una forma attenuata di piemia?

Mi piacerebbe molto sentire la vostra opinione, sulla nosologia e sui nuovi sistemi curativi della foruncolosi e se esistano monografie in proposito.

Abbonato 480.

Se la foruncolosi è legata a stati morbosi generali, naturalmente la cura dev'essere rivolta ad eliminare o migliorare questi ultimi. Neisser sostiene di aver avuto buoni risultati sottoponendo anche i non diabetici ad una dieta antidiabetica.

L'accurata disinfezione della pelle (bagni al sublimato) e delle biancherie rappresenta il compito più importante che il medico deve proporsi nella cura della foruncolosi. Senza ripetere tutti i metodi terapeutici proposti, che del resto l'abbonato conosce così bene, possiamo dire che, secondo la nostra esperienza, le iniezioni di vaccino preparato col metodo del Wright sono quelle che ci hanno dato i risultati più costanti.

Che nella foruncolosi possa talvolta aversi a che fare con una infezione di stafilococchi circolanti nel sangue non si può escludere, specialmente se si tratta di foruncoli delle glandole sudorifere in cui, a quanto pare, l'infezione non suole penetrare dall'esterno per le vie dei dotti sudoripari: questi invece rappresenterebbero in certo modo una via di uscita, preformata, al pus raccoltosi in singoli focolai del tessuto sottocutaneo ai quali l'infezione perverrebbe dall'interno: p.es., dal canale intestinale.

In quei casi in cui ciò fosse dimostrato le iniezioni endovenose di sublimato alla Baccelli troverebbero la loro giusta indicazione.

V. M.

(587) L'abbonato dott. Francesco Bonollo, di Mira (Venezia), domanda le controindicazioni note alle iniezioni antitetaniche, anticoleriche e antitifiche usate a scopo profilattico con speciale riguardo in individui luetici.

Le iniezioni antitetaniche fanno correre il rischio dello shock anafilattico, il quale si evita mercè i metodi antianafilatizzanti (per es. con le iniezioni subentranti di Besredka), di cui ci siamo più volte occupati.

Circa le iniezioni anticoleriche e antitifiche, esse determinano fenomeni reattivi locali e generali che controindicano il trattamento nelle forme febbrili (influenza) o croniche (malaria); vengono anche sconsigliate nelle affezioni renali. Eventuali manifestazioni anafilattiche si evitano distanziando le iniezioni successive di non oltre 7-8 giorni.

V.

# VARIA.

**La coltura germanica e la guerra per l'egemonia mondiale.** — Tale è il titolo del discorso inaugurale tenuto dall'on. prof. Giuseppe Sanarelli all'Università di Roma; ne riportiamo alcune parti.

La guerra attuale, fra tante novità ingrate, ci ha riserbato anche quella di una mobilitazione intellettuale! Il grande paese, ammirato da tutti gli studiosi come la fucina più ardente di ogni conquista nel dominio dell'ignoto, doveva procurare al mondo una ben triste delusione: quella di un assoluto deviamento dalle funzioni normali del pensiero scientifico, piegato ai calcoli dell'odio e della sopraffazione. Per i popoli civili che credono ancora alla virtù moralizzatrice della scienza, l'appello lanciato dai più rinomati maestri della coltura germanica, per esaltare il militarismo, e giustificare la violazione dei trattati, la distruzione di città aperte, i massacri sistematici di popolazioni inermi, rappresenta una inescusabile offesa alla maestà della scienza. Ed è quasi incredibile che i firmatarî di quell'appello, a coonestare la loro triste apologia, abbiano invocato gli spiriti di Goethe e di Kant.

Il pangermanismo, che spiega in certo modo l'appello degli intellettuali tedeschi al mondo civile, prima di rivelarsi colle armi, si è elaborato nelle Università. I popoli latini hanno la grave colpa di non aver prestato sufficiente attenzione alla idea già da tempo radicata nella mentalità germanica, che cioè il mondo intero debba diventare il cliente del lavoro tedesco, e che nessuna impresa sia al di sopra della potenza tedesca.

Scopo della guerra attuale era la realizzazione del sogno, accarezzato e fomentato dai più eminenti scrittori tedeschi, l'egemonia universale mercè la sostituzione della razza tedesca alle razze celto-latine, riguardate come decadenti, o mercè almeno l'assoluto dominio di esse. I tedeschi non vedono che possa essere altrimenti, tanto sono penetrati delle elucubrazioni e dei corollari dei loro filosofi; e coi fatti provano l'evidenza di quel detto del Wundt, che lo spirito di una nazione trova il suo esponente più fedele nella sua filosofia divenuta popolare e dominante. Il precetto del Kant « opera sempre secondo una massima tale che tu stesso possa volere assurta a legge universale », fu deformato dai successivi filosofi tedeschi in questo altro: « erigi la tua massima a legge universale, ed imponila a tutti ». Questa nuova massima doveva valere, ben inteso, per il popolo tedesco, che il Fichte esaltava come il popolo scelto da Dio per la salvezza dell'umanità.

Ma già prima del Fichte, Herder ricostruiva la storia del mondo come una preparazione all'avvento dei teutoni, e l'Hegel, sviluppando fino all'estremo la superstizione che la Germania stava per assicurarsi colla sua nuova coltura, una schiacciante superiorità sulle nazioni vicine, finì col favorire indirettamente la militarizzazione della Germania, cecamente fiduciosa nella propria superiorità.

Secondo Hegel infatti lo Stato è la suprema realtà obbiettiva, e ad esso devesi venerazione come a Dio: e il buon Dio germanico finì col diventare l'espressione mistica della smisurata ambizione del popolo tedesco. Hegel è veramente il gran profeta del germanismo: altri ne hanno esagerato il verbo.

Lo Schelling asseriva che il destino dell'uomo tedesco s'intensifica con l'immortale destino dell'uomo; e Schlegel, che il tedesco riunisce in sè tutte insieme le virtù che gli altri popoli possiedono solo singolarmente, ed è predestinato a far rivivere il « verbo divino ».

I cultori più illustri delle discipline naturali in Germania s'incaricarono di accumulare documenti scientifici, o pseudo-scientifici, per dare salde fondamenta alla dottrina del pangermanismo: l'antropologia, la biologia, la storia, la sociologia, furono chiamate a fornire materia di costruzione. E si può immaginare quanto la mentalità tedesca ne fosse esaltata, vedendo con tanto lusso di particolari dimostrata la sua superiorità intellettuale e morale, e intravvedendo il prossimo avvento della sua effettiva supremazia nel mondo.

L'on. Sanarelli esamina le presunte basi antropologiche della supremazia teutonica, osservando che si concludeva esser l'« homo germanicus » il tipo umano di razza superiore.

L'oratore in seguito, ricordando che le opere di Nietzsche sono prevalentemente lette dai tedeschi combattenti, si domanda il perchè di questa frenesia. Gli è che il Nietzsche inventò anche la teoria del superuomo, preconizzando il culto della violenza, esaltando la virtù rigeneratrice della guerra condotta senza alcun sentimentalismo, considerando la morale come un sintomo di decadenza.

A questo punto, sulla scorta degli scritti di Foullè e del Niceforo, che dimostrarono non esistere razze superiori ed inferiori, ma razze biologicamente diverse, e che diversamente si possono comportare nelle lotte, sostiene che la dottrina antropologica del « popolo eletto » è infondata, mentre l'aberrazione pangermanista di voler imporre, con la forza, una pretesa nuova civiltà, è ridotta a nulla dagli insegnamenti storici. Forse Roma impose alla Gallia la civiltà latina, o non fu la Gallia che assimilò spontaneamente la lingua ed i costumi latini? È la prima volta che una nazione, per mezzo dei suoi migliori scienziati e uomini di Stato, proclama la necessità della guerra al mondo intiero per far trionfare una determinata civiltà, anzi una determinata coltura, che ha la superba pretesa di esser la sola compatibile col progresso umano.

A proposito poi della guerra germanica, l'onorevole Sanarelli ricorda i principali precetti bellici, dettati dai più eminenti uomini di scienza e di Stato tedeschi da von Clauserwitz ad Hartmann, a Lasson e a Treitschke il quale scrisse che le nazioni deboli non hanno diritto all'esistenza, per concludere che l'idea fissa della guerra spietata ha un contenuto psicologico inconcepibile fra noi latini. La barbarie di un tempo operava almeno senza patenti di civiltà — dice l'on. Sanarelli — mentre il barbaro d'oggigiorno ha la pretesa di agire da uomo civile, anzi scientificamente più perfetto di qualsiasi uomo civile.

In seguito, l'oratore esamina l'essenza della coltura germanica che ha sospinto i tedeschi verso una organizzazione la quale li fa convinti che l'umanità dovrà germanizzarsi per conseguire la sua perfezione; ma a sua volta dimostra che la prodigiosa attività intellettuale, che nessuno contesta alla Germania, non merita il nome di civiltà, quando le manchi la moralità, cioè il rispetto della verità, del diritto, dell'onore e dell'umanità. La coltura tedesca non è che uno strumento di politica nazionalista ed un pericolo per tutto il mondo civile.

Per ciò che si riferisce alla strombazzata organizzazione, che vuolsi sia per la Germania la

massima perfezione dello spirito umano, ricorda che l'Ostwald sostiene che la Germania per questa sua mirabile organizzazione dovrà imporre con la forza alle altre nazioni la sua disciplina; che dopo la guerra, essa sola avrà diritto di possedere un esercito, allo scopo di soffocare un tentativo di ribellione fra i popoli soggiogati.

Ma chi può negare i benefizi dell'organizzazione? Non se ne deve esagerare però la portata. Hanno ragione gli intellettuali tedeschi a sostenere che senza il militarismo, la civiltà specificamente tedesca non esisterebbe; ma si può osservare che senza l'intellettualismo germanico, attossicato dallo spirito di egemonia, non si assisterebbe, oggi, al risveglio di una profonda barbarie in Europa.

Trattando poi del pangermanismo come una lotta per la vita, perchè la Germania (fu scritto) per la sua sovrapopolazione ha bisogno di terra, e i non tedeschi devono essere condannati alla sterilità, l'oratore osserva che nessuna legge biologica giustifica la guerra fra gli uomini, meno di tutte la selezione naturale. Che anzi, una delle più alte finalità della civilizzazione è di sopprimere la selezione naturale.

Per chi poi tentasse di invocare la legge darwiniana della evoluzione, applicata alla pretesa decadenza delle razze celto-latine, osserva l'onorevole Sanarelli che in natura non esistono razze vecchie o giovani.

La pretesa di una razza a voler dominare le altre non è dunque solo una violenza morale, ma anche una mostruosità fisiologica.

Si deve forse dare alla parola forza, applicata all'uomo, lo stesso significato che le si attribuisce parlando dei bruti? Con tale interpretazione, l'uomo sarebbe il più debole fra tutti gli esseri viventi; e se, ciò non ostante, l'uomo esercita il suo dominio nel mondo, vuol dire che la sua forza è tutt'altra cosa: essa è rappresentata dalla superiorità psichica. Il progresso umano consiste non nella lotta brutale corpo a corpo, ma nella instaurazione dei principî di libertà e di diritto.

Volgendo al termine la sua conferenza, l'onorevole Sanarelli tratta dell'idea morale nello sviluppo della civiltà, per concludere:

« Ci volevano le tristi gesta di questa guerra, che ci ha ricondotti così spesso agli orrori delle grandi invasioni barbariche, sebbene preparata e scatenata dalla più scientifica delle nazioni, per risollevare ancora una volta il problema del valore morale della scienza. Il Bergson nota che il secolo ventesimo, saturo di scoperte scientifiche, non è riuscito ad estinguere l'odio degli uomini. La colpa non è della scienza, il cui scopo è di abbellire e addolcire la vita. Le conquiste fatte nel campo delle arti e dello scibile sono il frutto di sforzi millenari delle più alte intelligenze fiorite in tutti i tempi e in tutti i luoghi; e non è tollerabile che un popolo di scienziati e di filosofi si eriga ad affermare che tutto ciò è una chimera, che l'umanità è fuori di strada, e che bisogna ricondurvela attraverso brutali esplosioni di violenza.

« Dopo la vittoria l'umanità dovrà svilupparsi nel fiorire delle aspirazioni nazionali e nel rispetto dei tesori accumulati dall'arte e dalla scienza, rendendo impossibile ogni nuova organizzazione della violenza, coordinando le forze del mondo allo scopo di assicurare, a beneficio di tutti i popoli, le garanzie essenziali del diritto, della libertà e della pace sociale! ». R. B.

**Medici prigionieri.** — Riportiamo dal *Medical Record* (16 ottobre 1915): La Convenzione di Ginevra approvata il 5 luglio 1906 provvede, tra l'altro, che il belligerante costretto a lasciare feriti e malati nelle mani del nemico, deve anche fornire una certa quantità di personale sanitario e di presidii; che i membri del corpo sanitario militare caduti nelle mani del nemico debbono continuare nelle loro mansioni, ma non appena è possibile far a meno dei loro servigi, debbono essere rimandati. Fino a qual punto questi articoli siano osservati dagli attuali combattenti è impossibile accertarlo; ma si odono, dalle due parti, lamenti per la violazione di essi. Il punto di vista tedesco ci è reso dal redattore-capo della « Deutsche Medizinische Wochenschrift » nel fascicolo del 17 giugno.

Dopo aver richiamato quanto sopra, egli lamenta che la Germania abbia la peggio. Egli afferma che questa nazione, pur annoverando oltre 800,000 prigionieri, non disponga neppure da lontano di un numero di medici bastevoli a curarli, per modo che un compito soverchiante viene imposto ai proprii sanitari. Assevera che la Russia ha, senza eccezione, trattenuto tutti i medici tedeschi catturati, sebbene non abbia un numero adeguato di prigionieri.

Fermandosi sul grande numero di prigionieri russi, dice ch'è assolutamente necessario di poter disporre di medici connazionali per curarli, sia perchè ne intenderebbero il linguaggio e fornirebbero molto maggior lavoro, mentre gl'interpreti sono d'intralcio; sia perchè la razza russa è meno suscettibile della teutonica al tifo esantematico. Il dott. Schwalbe, il redattore, si mostra idrofobo con chiunque, belligerante o neutro non sottoscriva in toto le vedute tedesche. Ma egli è parte in causa, quindi la sua testimonianza contro i russi non può accettarsi se non viene corroborata da qualche fonte spassionata.

R. B.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Per un turno nel servizio dei medici al fronte.

In una delle ultime sedute del Parlamento francese il deputato Goiraud ha interrogato il ministro della guerra per conoscere se si fosse prestabilito un turno di servizio per gli ufficiali medici di complemento destinati al fronte, se questo turno si svolgeva regolarmente e se non fosse opportuno adottare delle misure per modo che i primi a beneficiare di un conveniente periodo di riposo fossero stati i medici reggimentali. Il ministro ha risposto che le Direzioni di Sanità delle varie armate hanno già compilate le liste degli ufficiali che, presenti al fronte da più di sei mesi, non hanno domandato di restarvi e possono essere messi a disposizione del Ministero. Ma il generalissimo non ha fissato alcun turno di partenze e si è riservato il diritto di inviare all'interno questo personale quando egli lo crederà opportuno. D'altra parte ogni iniziativa deve essere lasciata ai comandanti d'armata pér giudicare, secondo i bisogni del tempo, quali devono essere i primi a benificiarsi del riposo. Tuttavia in parecchie armate sono stati stabiliti degli scambî sistematici tra i medici delle ambulanze e quelli dei reggimenti.

Riportiamo questa notizia perchè si sappia come anche presso altri eserciti si senta il bisogno di dare un conveniente riposo ai medici militari che prestano servizio al fronte e se ne discutano le modalità perchè la continuità e la regolarità del servizio non ne sia turbata.

Abbiamo ragione di ritenere che anche presso di noi, dove la organizzazione della sanità militare si svolge abbastanza ordinata, si sia di già pensato a far sì che i disagi, le fatiche, i pericoli dei campi di battaglia siano equamente distribuiti. Abbiamo già accennato altre volte come le prime incertezze, le prime deficienze del servizio medico militare durante la guerra siano andate gradatamente attenuandosi, e si deve legittimamente presumere che ogni altra cagione d'inconvenienti sia per l'avvenire eliminata. E perchè i miglioramenti constatati siano mantenuti, anzi abbiano incremento, è necessario che il personale non sia sfruttato oltre misura, affinchè i medici possano sempre con rinnovato vigore di spirito e di corpo attendere alle loro nobili e difficili mansioni. Sono già sei mesi che i nostri colleghi, parliamo di quelli che sono al fronte, prodigano e logorano ogni loro energia di corpo, d'intelletto e di sentimento. Sono già sei mesi che essi sostengono le fatiche di una guerra senza tregua, di una guerra micidiale combattuta in asprissime condizioni di terreno e di clima. Ad ogni sacrificio, ad ogni dolore, ad ogni fatica sono adusati i medici, ma i dolori, i sacrifici che impone al medico la guerra, la nostra guerra, sono superiori ad ogni fantasia.

Non è solo sui campi di battaglia, nelle ambulanze, che il medico di prima linea logora la sua fibra, ma anche e forse sopratutto nella vita stessa del reggimento, che egli deve preservare dalle malattie infettive, nell'ingrato compito fiscale, per il quale egli è lo strumento primo della disciplina. Tutto ciò richiede un così intenso lavoro di muscoli, di mente e di cuore, che ogni esaurimento è possibile quando le forze non siano ristorate da un conveniente riposo. Ma purtroppo sei mesi sono passati ed ai medici non ancora è stato accordato neppure un giorno di licenza, non si è ancora stabilito quel turno di servizio per cui ogni medico possa periodicamente prestare la sua opera nei reggimenti o nelle piccole unità da campo, dove le fatiche ed i pericoli non sono minori che al reggimento, negli ospedali delle retrovie ed in quelli della zona di pace. Forse la guerra durerà ancora tanto che questo turno potrà anche effettuarsi fra qualche tempo, ma non sarebbe male cominciare presto.

Fortunatamente nel nostro esercito i medici non sono pochi, ed a tutti potrà essere concesso l'onore del fronte e la fortuna della zona di pace, ma conviene che quest'onore e questa fortuna siano equamente distribuiti e sia allontanato per sempre il sospetto dei privilegi. Sarebbe ingiusto pensare che possa esserci qualcuno che in così grave momento non voglia compiere tutto intero il proprio dovere, ma è bene eliminare tutte quelle apparenze che possano far sorgere un tal dubbio.

E se noi sosteniamo che i medici militari abbiano bisogno di riposo, se sosteniamo la convenienza di un turno di servizio, non intendiamo farci paladini di nessun diritto, ma solo contribuire col nostro modesto consiglio alla regolarità di un servizio tanto necessario alla causa per la quale noi tutti trepidiamo. Troppe rinuncie, troppi sacrificii si fanno in quest'ora tragica, in quest'ora di angoscia e di lutti, perchè si possa pensare a piccole miserie, a rivendicazioni di pretesi diritti, ed a pettegolezzi di ogni genere. Troppo in alto stanno i cuori, troppo alto è lo spirito. Nell'ora che volge, scriveva il nostro giornale al principio della guerra, un

solo diritto abbiamo noi: il sacrificio; un solo dovere: ubbidire; un solo palpito: la patria; una sola volontà: la perseveranza; una sola fede: la vittoria.

E questi propositi, questa fede dopo sei mesi di dura guerra si sono fatti più fermi e più tenaci, li hanno ingagliarditi la barbarie cannibalesca dei nemici, il sangue generosamente versato dai nostri prodi.

PANGLOSS.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5644) *Servizio militare.* — Il Dott. X. Y. da S. D. essendo medico condotto in capoluogo di provincia dove i medici condotti sono parecchi, desidera conosce se il Comune possa impedirgli di lasciare temporaneamente la condotta pel servizio militare.

Essendo il numero dei medici condotti esistenti nel capoluogo di provincia superiore a quello prescritto dall'articolo 1, lettera *q*, del R. Decreto 13 aprile 1911, nulla si oppone a che Ella intraprenda il servizio militare. Il Comune non ha, in tal caso, alcun diritto ad opporsi.

(5645) *Servizio militare - Posizione di fronte agli obblighi del Comune.* — Il Dott. abbonato n. 1094 chiede conoscere quale sia la sua posizione verso il Comune essendo medico direttore di un locale ospedale di riserva diretto dalla Croce Rossa ed essendo in procinto di essere nominato da questa istituzione tenente effettivo.

Dal momento che Ella fu dispensata dalla chiamata sotto le armi perchè medico condotto comunale, è rimasta in tale qualità e la conserva. Non avrebbe potuto accettare facoltativamente la nomina a direttore del locale ospedale di riserva se non in quanto i relativi obblighi erano compatibili con l'adempimento di quelli che ha verso il Comune, nell'interesse del quale Ella è stata dispensata dal servizio militare e che avrebbe dovuto dare all'uopo esplicito assenso. Per la medesima ragione di essere stato dispensato dal servizio militare non può ottenere la nomina ad ufficiale medico della Croce Rossa in modo definitivo giacchè l'investimento di tale carica importerebbe verso l'umanitario istituto l'adempimento di speciali doveri, il cui disimpegno è assolutamente impossibile data la carica di medico condotto, che ha dovuto conservare per la espressa disposizione della lettera *q*, articolo 1, del Regio Decreto 13 aprile 1911. L'attuale sua posizione è, quindi, quella di sottotenente medico di complemento nel R. Esercito, esonerato dal servizio perchè medico condotto.

(5646) *Ricorso contro la decisione della G. P. A. in materia di aumento di stipendio ai medici condotti.* — Il Dott. X. Y. da Z. desidera conoscere se al medico condotto è dato e, nella affermativa, in qual modo, diritto a ricorrere contro la decisione della G. P. A. con cui si nega l'aumento dello stipendio.

L'aumento di stipendio di ufficio può essere concesso al medico condotto solo in considerazione delle condizioni obbiettive della condotta, se, cioè, furono esse mutate od aggravate in rapporto al capitolato. L'esame e la valutazione di queste circostanze essendo essenzialmente tecnico, è devoluto al Consiglio provinciale di sanità, che è chiamato a dare parere prima che l'autorità tutoria definitivamente si pronunzi sul merito. Una non esatta e congrua osservazione dello stato attuale della condotta nei rapporti del lavoro materiale e morale che il sanitario deve sostenere per adempiere coscienziosamente il proprio dovere, non costituisce illegittimità del relativo provvedimento, nè tanto meno violazione di legge od eccesso di potere, ma bensì una quistione di puro merito contro cui non è dato che al solo Comune il diritto di ricorrere al Consiglio superiore di sanità. Nel fatto da Lei esposto non ravvisiamo, pertanto, nessuna probabilità che il gravame alle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato possa essere favorevolmente accolto, ben potendo essere, invece, respinto per incompetenza o mancanza di giurisdizione. Non La consiglieremmo ad insistere nel suo divisamento.

(5647) *Servizio militare.* — Il Dott. abbonato n. 3369 desidera conoscere se il Comune, che non si curò di fare, a suo tempo, le pratiche necessarie per il di lui esonero dal servizio militare possa essere ora tenuto al pagamento dello stipendio per la intera durata della guerra, mentre ha ottenuto da sè la nomina ad ufficiale medico di complemento e presta servizio nel Regio Esercito.

Di nessuna pena è passibile il Comune per non aver fatto in tempo debito le pratiche necessarie per il di Lei esonero, giacchè detto esonero, essendo fatto nell'interesse della popolazione ed in quello essenzialmente obbiettivo della salute pubblica, non implica un diritto pel sanitario. Durante la guerra agli impiegati comunali che si trovano in servizio militare in qualità di ufficiali è corrisposta, se ve ne è bisogno, la differenza fra lo stipendio civile e quello militare che percepisce pel grado che riveste, e ciò in base al Decreto Luogotenenziale del 31 agosto 1915, n. 1420.

(5648) *Servizio militare.* — Il Dott. A. A. S. da P. di terza categoria desidera conoscere

se, qualora fosse chiamato sotto le armi, debba rispondere come semplice soldato o venga incorporato nella Croce Rossa od abbia la nomina ad ufficiale medico di complemento, se possa fare la domanda per la nomina ad ufficiale medico e se il Comune debba conservargli lo stipendio.

Se fosse chiamata ora la classe di leva cui Ella appartiene come terza categoria andrebbe a servire da semplice soldato e conserverebbe integro lo stipendio che riceve dal Comune. Se, invece, facesse la domanda ed ottenesse la nomina ad ufficiale medico di complemento, andrebbe a servire come tenente ed in tal caso non avrebbe diritto che alla differenza fra lo stipendio che percepisce come condottato e quello che riceverebbe come ufficiale. Per ottenere la nomina ad ufficiale non bisogna avere oltrepassata l'età di anni 40. Occorre fare la domanda non oltre il 31 dicembre 1915.

(5649) *Servizio militare - Stipendio.* — Il Dottore abbonato n. 2633 desidera conoscere se ha diritto di ricevere dal Comune lo stipendio pei mesi di luglio ed agosto e ciò in considerazione che il Decreto Luogotenenziale che eguaglia agli effetti dello stipendio gli impiegati comunali e quelli governativi porta la data del 31 agosto; se non avendo usufruito, perchè mobilitato, del mese di congedo abbia diritto allo stipendio per quel mese e per quali disposizioni legali competono due soli mesi di stipendio.

Per effetto dell'articolo 20 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili ai funzionari chiamati per servizio temporaneo sotto le armi competono due mesi di congedo, venendo pel di più collocati in aspettativa. Tale disposizione fu accolta ed inserita anche nei regolamenti organici locali e perciò le amministrazioni comunali corrisposero ai proprii impiegati chiamati sotto le armi i detti due mesi. Il capoverso del citato articolo 20, egualmente a suo tempo accettato dai Comuni, dichiarava in congedo l'impiegato sotto le armi per mobilitazione e, quindi, ammetteva implicitamente la corrisponsione dello stipendio per la intera durata della guerra. A troncare tale stato di cose venne il Decreto Luogotenenziale del 31 agosto che dispose doversi agli impiegati comunali mobilizzati corrispondere la differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Ma poichè tutte le leggi ed i regolamenti non possono avere effetto retroattivo, ci sembra giusto e logico che ai medici condotti mobilitati sia corrisposto lo intero stipendio fino al 31 agosto e ciò per la stessa ragione per cui si corrisposero i primi due mesi. Nulla compete per il non usufruito mese di congedo.

(5650) *Contributo Monte pensioni.* — Al Dottor E. D. M. da P. che ci interpella analogamente rispondiamo che per ottenere il discarico di quanto ha pagato in più pel Monte pensioni dei medici condotti dovrebbe inviare analoga domanda, con la precisa esposizione della posizione in cui si trova, all'ufficio provinciale sanitario.

(5652) *Cassa pensioni.* — Il Dott. abbonato n. 3263 desidera conoscere se un medico condotto può sottrarsi al pagamento del Monte pensioni adducendo motivi di salute, se il medico condotto premorisse al 25° anno di servizio la sua famiglia avrebbe diritto alla restituzione delle somme versate con i rispettivi interessi, se e quale pensione potrebbe liquidare il medico dopo 25 anni di servizio, e se agli effetti della pensione si possano cumulare gli anni di nomina provvisoria mettendosi al corrente coi relativi pagamenti.

Il medico condotto, iscritto alla Cassa pensioni, non può essere esonerato dal pagamento dei contributi adducendo di essere infermo. Qualora egli fosse affetto da infermità che lo renda inabile a seguitare il servizio ed avesse prestato oltre dieci anni di servizio, potrebbe chiedere il collocamento a riposo ed ottenere la liquidazione in suo favore di una indennità una volta tanto eguagliata ai due terzi del capitale corrispondente alla pensione che gli sarebbe spettata. Qualora il sanitario perisse prima del compimento di 24 anni e 6 mesi di servizio ma dopo 10, alla vedova è del pari corrisposta una indennità che è valutata alla metà di quella che sarebbe spettata al consorte nel giorno della sua morte. Dal che deducesi che in caso di premorienza spettando alla vedova l'indennità non si può ottenere la restituzione delle somme pagate, oltre gli interessi. Poichè gli anni di servizio utili per la pensione sono quelli fatti con nomina regolare non possono essere riscattati quelli fatti con nomina provvisoria.

(5653) *Dirito alla luce ed al riscaldamento.* — Il Dott. abbonato n. 6970 che come medico direttore di un ospedale civile aveva diritto alla luce ed al riscaldamento gratis desidera conoscere se a tali prestazioni abbia diritto ora che trovasi sotto le armi.

La prestazione della luce e del riscaldamento ha carattere personale, cioè con riferimento esclusivo al sanitario ed alla di lui famiglia.

Trovandosi il sanitario lontano per servizio militare e non essendovi famiglia propria rimasta in residenza non è più tenuta fino al di Lei ritorno l'Opera pia a fare le somministrazioni in parola.

(5655) *Servizio interinale - Assenza - Compen-*

so. — Il Dott. G. C. S. da S. che ha servizio interinale unitamente ad un collega per la terza zona di condotta in cui è diviso il Comune essendosi dovuto assentare per ragioni di salute per 27 giorni, desidera conoscere se gli spetti il compenso intero stabilito per mese o solamente quello pei giorni in cui ha effettivamente servito.

Il medico interinale non ha diritto a congedi ordinarii nè a straordinarii per infermità. Epperò Ella essendosi dovuto assentare dalla terza sezione ha perduto il diritto a qualsiasi compenso. Come titolare della prima, bene ha fatto il Comune a corrisponderle l'intero assegno per la durata della assenza.

(5656) *Esumazioni straordinarie - Compenso all'ufficiale sanitario.* — Il Dott. G. B. da B. desidera conoscere se spetta compenso all'ufficiale sanitairo per l'assistenza che presta nelle esumazioni straordinarie.

Non spetta compenso per l'assistenza che l'ufficiale sanitario presta in caso di esumazione straordinaria perchè tale servizio non si fa nell'interesse del privato, ma bensì in quello pubblico per garantire la igiene e la salute della cittadinanza da ogni possibile eventuale causa di infezione.

(5658) *Vigilanza igienica sul pesce.* — Il Dott. G. P. da P. chiede conoscere se la sorveglianza igienica sul pesce spetta al veterinario oppure all'ufficiale sanitario e, nel caso che spetti all'ufficiale sanitario, se questi in caso di momentanea assenza dal paese possa farsi surrogare dal veterinario.

La vigilanza igienica sulla vendita del pesce si esercita più competentemente dal veterinario comunale, che può scentificamente stabilire la bontà o meno e la freschezza del genere che si espone sulla pubblica piazza.

Tanto il veterinario quanto l'ufficiale sanitario per tale servizio possono, però, sostituirsi scambievolmente in caso di momentanea assenza dal Comune.

(5659) *Tassa focatico.* — Il Dott. G. L. da P. S. desidera conoscere se al medico a condotta piena può essere imposta la tassa focatico.

Al medico condotto a cura piena come al medico pei soli poveri può essere imposto la tassa focatico. E' da quella di esercizio esente il medico condotto a cura piena.

(5661) *Farmacie.* — Il Dott. L. R. da P. espone che nel suo paese esistevano due farmacie che ora, per la morte di uno dei due farmacisti, si vorrebbero unificare. Chiede conoscere se in seguito, non potendo continuare la società, l'erede del farmacista defunto possa riaprire la farmacia.

Essendo il diritto all'esercizio della farmacia un diritto patrimoniale può sempre essere invocato dagli eredi di un farmacista privilegiato fino ai trenta od ai venti anni stabilito dalla legge. Prima della fusione sarà bene notificare la cosa al Prefetto onde impedire la decadenza stabilita per coloro che chiudono l'azienda per oltre 15 giorni.

(5662) *Pensione.* — Il Dott. C. M. da E. desidera conoscere quale pensione liquiderà con 31 anno di servizio e 65 di età e quale liquiderà dopo altri sei mesi allorchè avrà compiuti 32 anni di servizio e 66 di età.

Con 31 anno di servizio e 65 di età liquiderà annue lire 2157 e con 32 anni di servizio e 66 di età liquiderà annue lire 2442.

---

*Servizio medico militare.* — Mi farebbe cosa grata se volesse rispondere in forma chiara e precisa alla seguente domanda, così formulata:

Essendo libero esercente da 6 anni, con la carica provvisoria di ufficiale sanitario da 4 anni circa, della classe 1880, di 3ª categoria, quindi senza obblighi militari; chiamato sotto le armi, poichè non sono iscritto alla Croce Rossa, nè feci mai domanda, dacchè è stata dichiarata la guerra, di partire volontariamente, quale sarebbe la carica che mi si attribuirebbe?

Mi saprebbe consigliare di far domanda prima della fine dell'anno, giusto decreto luogotenenziale, per essere assunto come tenente medico?, ovvero di aspettare gli eventi? E dopo il 31 dicembre di quest'anno, chiamato, potrei sperare di andare come ufficiale medico? Mi dica lei, di grazia, come debbo regolarmi.

Abb. n. 5680.

Se ella ne fa domanda prima del 31 dicembre 1915 potrà essere assunto nell'esercito col grado di tenente. Quando fosse chiamata alle armi la 3ª categoria della sua classe ella sarebbe arruolato come soldato, ma potrebbe poi ottenere il grado di sottotenente medico della milizia territoriale.

Non crediamo di poterle dare dei consigli circa il contegno da tenere perchè tutto dipende dalle sue disposizioni di animo e dalle condizioni della sua famiglia. a. a.

---

**INTUBAZIONE DELLA LARINGE E TRACHEOTOMIA**

**Pratica ed importante pubblicazione del prof. Francesco Egidi Docente di Laringologia nella R. Università di Roma.**

**Elegante volume in carta di lusso di oltre 300 pagine con 46 figure — In commercio L. 3.50 più le spese di spedizione. Pei nostri Abbonati, franco di porto e raccomandato L. 2.50.**

***Inviare cartolina-vaglia esclusivamente alla nostra Amministrazione:***
**Roma - Via Sistina, 14-15 - Roma**

## CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Cercasi subito medico-assistente, esente servizio militare e da impegni colla Croce Rossa. Stipendio annuo lire 1080, alloggio e servizio, vitto tutti i giorni, qualche incerto; nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione medica.

CARPI (Modena). — Cercasi medico chirurgo assistente ospedale, L. 1500, partecipazione dei compensi degli atti operativi con alloggio gratuito.

CORIANO (Forlì). — Per tutta la durata della guerra e con probabilità di nomina definitiva non appena saranno permessi i regolari concorsi si cerca medico-chirurgo per la terza condotta di questo Comune. La cura è a sistema semi-residenziale e lo stipendio complessivo è di lire 5400. Per informazioni gl'interessati si rivolgeranno alla Segreteria comunale.

Cercasi medico-chirurgo per lungo interinato in comunello del Viterbese. Buona residenza. Stipendio L. 550 mensili. Rivolgersi al prof. G. Basile, via Palestro, 32, Roma.

## MEDICINA SOCIALE.

### Per l'assistenza dei mutilati in guerra nella Provincia di Lucca.

Si è costituito un apposito Comitato il quale ha diffuso la seguente circolare:

Per iniziativa di scienziati e di filantropi sono sorti in Italia dei comitati provinciali e regionali per l'assistenza degli storpi e dei mutilati per lesioni di guerra, che si raggruppano in una propria Federazione Nazionale con sede in Roma. Tutte le provincie d'Italia sono chiamate a raccolta a dar opera per questa provvida e patriottica assistenza. Lucca ha prontamente risposto all'appello del Comitato regionale di Firenze, e sotto l'alto patrocinio del suo primo magistrato cittadino, del prefetto, del presidente del Consiglio provinciale, si è costituito il Comitato per la provincia di Lucca.

Il Comitato nell'accingersi alle sue delicate e importanti mansioni rivolge un caldo appello a tutti i buoni cittadini, richiamandoli agli altissimi fini che l'assistenza intende perseguire, per avere quei larghi aiuti morali e finanziari che la grande opera richiede.

Scopo della nuova istituzione è di prestare ai nostri valorosi soldati che, per ferite riportate sui campi di battaglia rimangono menomati nella loro integrità fisica e nella loro capacità lavorativa, tutti quei sussidi che la scienza medica suggerisce per rimuovere o alleviare le loro infermità residue; particolarmente, di provvedere, in modo efficace e duraturo, a quelli che, pur avendo esaurite ormai tutte le possibili cure reintegrative, rimangono imperfetti, permanentemente debilitati, o peggio ancora, mutilati.

Nei limiti consentiti dalle loro risorse fisiche si vuole la loro rieducazione a un proficuo lavoro, corroborata da una congrua educazione psichica che valga a rialzarne lo spirito e la coscienza civile, una vita onesta, operosa e produttiva.

Sarà così rimossa una fra le tante piaghe dolorose che lascia fatalmente la guerra, evitando che dei disgraziati oppressi dalla loro sventura, abbandonati alla loro triste sorte, decadano moralmente, facciano mostra delle loro infermità sulle pubbliche vie, questuando, o paghi di quella pensione che loro assegnerà lo Stato, si perdano in una vita d'inerzia e d'ozio.

A niuno che abbia cuore e intelletto può sfuggire l'alta significazione morale, sociale, economica di questa Assistenza; occorrono pertanto salde energie, spirito d'organizzazione, disciplina, propaganda, dovizia di mezzi per raggiungere sì complesse finalità.

Il Governo, conscio dei propri doveri, ha già contribuito e più ancora contribuirà con larghi mezzi, man mano che l'opera poderosa s'andrà svolgendo: contribuiscono la Croce Rossa, Enti pubblici e privati; ma ogni cittadino, ogni italiano deve sentire il sacrosanto dovere di concorrere colle migliori sue forze alla buona riuscita di questa provvida Assistenza che s'inspira ad un alto senso di patriottismo e di fraternità umana; e i Lucchesi non verranno certo meno alle loro nobili tradizioni, anzi, emuleranno le Città e le Provincie sorelle, rispondendo, all'appello che loro rivolge il Comitato, con aiuti adeguati alle finalità che l'opera si propone di raggiungere.

La Commissione Esecutiva è presieduta dal cav. prof. Quinto Vignolo; ne è presidente il cav. prof. Edoardo Donetti; segretario il cav. Enrico Pierini.

### L'incremento della popolazione in Italia.

Il Movimento della popolazione secondo gli atti dello stato civile nell'anno 1913 pubblicato dall'Ufficio centrale di Statistica dà la cifra di 35 milioni e 600 mila abitanti (in cifra tonda) calcolata al 31 dicembre 1913.

Il censimento del giugno 1191 diede una podall'Ufficio centrale di Statistica dà la cifra tonda).

Quindi in due anni e mezzo l'aumento fu di un milione.

La guerra italo-turca (1911-12) ebbe effetti del tutto irrilevanti sul movimento demografico.

Una sola provincia, quella di Palermo, ha subito un lieve regresso segnando una popolazione minore di quella censita nel 1911.

Complessivamente l'aumento nel 1913 sull'anno precedente fu di 358,787 abitanti, nonostante la non lieve emigrazione. Si può calcolare presumibilmente che alla fine dell'anno presente 1915 la popolazione del Regno, non contando i nuovi territori, sarà leggermente inferiore ai 36 milioni e mezzo.

### Propaganda di medicina sulla guerra.

A Parma si è costituito un Gruppo Medico per le propagande mediche sulla guerra. Ha il seguente programma: azioni e fatti d'indole medico sociale a vantaggio dei nostri combattenti e delle loro famiglie, a mezzo di foglietti volanti, conferenze e conversazioni igieniche.

Al Gruppo hanno aderito moltissimi medici della città e della provincia. Quali delegati vennero nominati il prof. Roncoroni, i dottori Tonelli e Dalla Valle, e quale segretario il prof. Melocchi.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Propaganda della Croce Rossa.**

Il Comitato centrale della Croce Rossa ha costituito una Commissione per far meglio conoscere e apprezzare l'Istituzione. Gli altri comitati d'Italia costituiranno altre commissioni di propaganda con un numero di commissari uguale a quello della Commissione di Roma.

**Congresso internazionale della Croce Rossa.**

Una conferenza internazionale della Croce Rossa si è riunita a Stoccolma. Vi sono rappresentate la Germania e la Russia.

Venne inaugurata il 24 novembre dal Principe Carlo.

Le discussioni sono segrete.

**Per la Croce Rossa Italiana.**

La ditta Fratelli Pini e Comp. di Buenos Ayres ha fatto dono alla regia Legazione italiana di quella città di un bellissimo ritratto ad olio del Re in grandezza naturale opera del pittore Paoletti di Milano e ha versato alla detta legazione la somma di cinquanta mila lire per la Croce Rossa italiana.

La benemerita ditta è oriunda di Milano e quantunque da lungo tempo trovisi in America non ha dimenticato in quest'ora la madre patria.

**Ospedali della Croce Rossa.**

In seguito al vivo interessamento all'uopo spiegato dal prof. comm. Ceccherelli, Direttore dell'Ospedale territoriale della Croce Rossa a Parma, l'efficienza di quest'ospedale è stata portata da 300 a 500 letti.

Oltre gli ospedali territoriali di Lucca e di Ponte a Mosciano, la Croce Rossa di Lucca ha finito l'impianto di un terzo Spedale a Marlia capace di 50 letti. L'Ospedale è un fabbricato nuovissimo costruito appositamente dal Comune di Capannori: la Croce Rossa ne ha fatto uno Spedale modello, come quello di Lucca.

Si è inaugurato a Catania l'Ospedale territoriale della Croce Rossa di 150 letti.

**Un nuovo ospedale pei feriti a Roma.**

Un nuovo grande ospedale militare di riserva è sorto in Roma, in via S. Nicolò da Tolentino, nel palazzo dei Gesuiti, messo dal pontefice a disposizione della nostra Sanità militare.

Il maggiore prof. Cassini, che ne ha assunto la direzione, è riuscito in poco tempo a trasformare l'antico albergo Costanzi — ora Collegio germanico — in un ospedale chirurgico modello.

Esso contine 250 letti, distribuiti in oltre cento camere piccole, graziose e linde: prende posto fra le migliori case di salute sorte in Roma dopo la guerra.

Prestano servizio col dottor Cassini i capi-reparti dott. Ricolfi, Taruffi e Malusardi, gli assistenti dott. Rolandi, Napolitano e Anania, due aspiranti, gli studenti in medicina Paolucci e Pera. Funge da aiutante maggiore il tenente Montuori; da farmacista il dottor Assettati; v'è un tenente contabile; prestano servizio 36 dame Samaritane, in due turni.

**Il disastro di una nave ospedale.**

La nave-ospedale britannica « Anglia » con a bordo 13 ufficiali e 372 uomini, ha urtato in una mina ed è affondata.

Un battello di pattuglia ha salvato circa 300 naufraghi.

Un'altra mina ha affondato un altro battello che si recava in soccorso.

Da ogni parte venivano frattanto navi in soccorso. Una di queste potè porsi presso l' « Anglia » che affondava sempre ma la cui poppa emergeva ancora. L'equipaggio si adoprò eroicamente per trasbordare i feriti: alcuni di essi caddero in mare ma furono salvati. Una nave carboniera che aveva a bordo due imbarcazioni saltò anch'essa, perchè colpita da una mina, ma il suo equipaggio venne salvato.

**La riapertura della scuola « Z. Treves » a Milano.**

La scuola autonoma comunale « Zaccaria Treves » di Milano, per anormali psichici, nonostante le gravi difficoltà create dall'ora presente, si è riaperta il 15 ottobre insieme con le altre scuole comunali. L'esperimento così bene iniziato lo scorso anno scolastico, sarà continuato allargando anzi i mezzi ed il programma.

**Contrabbando di medicinali.**

Nel settembre scorso venne arrestato a Milano certo Brenti sotto la imputazione di contrabbando di medicinali, assieme al suo commesso che è con lui in carcere.

Non pochi suoi cooperatori e complici risiedenti in varie città sono stati denunziati all'autorità giudiziaria.

La frode principale veniva compiuta sull'aspirina e su altri medicinali di marca estera, che provenivano in contrabbando dalla Germania, via Svizzera.

Per ogni quintale di aspirina pura venivano confezionati almeno cinque quintali di aspirina sofisticata, mediante miscela con alta percentuale di acido salicilico e solfato di magnesia.

Il Brenti fu denunziato per contrabbando di medicinali continuato e frode in commmercio.

**Croce Azzurra.**

Il Ministero della guerra ha incaricato la Croce Azzurra di impiantare 4 stabilimenti per equini convalescenti nella zona di seconda linea, ove sono curati e rimessi in condizioni da poter riprendere il servizio.

Il Ministero della guerra darà locali e foraggio, nonchè il mantenimento degli attendenti: le altre spese per veterinari, medicinali, attrezzi andranno a carico dell'Associazione.

**La Germania verso la bigamia?**

Si ha da Londra, 28 ottobre:

Il « Times » riceve da New York un telegramma annunziante che larga attenzione si è sollevata in questa città dalle notizie giunte da Berlino relative alle misure che il Governo tedesco sta studiando all'oggetto della riparazione delle perdite degli uomini causate dalla guerra.

Il dottore Guglielmo Robinson, presidente della Società sociologica americana, predice un'êra di matrimoni bigami in Germania.

# Rassegna della stampa medica.

*Paris Méd.*, 15 sett. Numero di oftalmologia e oto-rino-laringologia.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 28 sett. DUJARIER: La sutura ossea nelle sequele delle ferite in guerra. — DOSENBLITH: Effetti terapeutici del cloruro di magnesia.

*La Presse Méd.*, 30 sett. DAKIN: Sull'uso di certe sostanze antisettiche nel trattamento delle ferite infettive. — MACRIS: L'albuminuria massiva nella diagnosi delle meningiti.

*Gazz. d. Osp.*, 29 sett. GIOSEFFI: Se e come un mercato possa divenire veicolo d'infezione colerica. — DE LUCCHI: L'elarson e il ferro-elarson in terapia.

*La Rif. Med.* 2 ott. GALDI: La catalasi negli organi a secrezione interna.

*Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig.*, 31 ag. ASCOLI A.: Il colera. — SAMAJA: Sull' ematuria essenziale.

*Rev. Clin. de Madrid*, 30 ag. MARANON: Il sesso, la vita sessuale e le secrezioni interne.

*Tre Practitioner*, sett. Numero sull'insegnamento della medicina. — WALKER. La donna in medicina e lo stato di guerra. — BREND: Il segreto medico.

*Revue Neurologique*, n. 19 NAGEOT: La cicatrizzazione dei nervi. — DEJERINI: Abolizione del riflesso cutaneo plantare in certi casi di paralisi funzionali accompagnati da anestesia.

*La Stomatol.*, 30 sett. PIPERNO, CAVINA, ARNON: Cura delle fratture mandibolari.

*La Tubercol.* lug.-sett. DE FRANCESCO: La cura della tubercolosi ossea negli ospedali di campagna. — POLI: Commemorazione di G. B. Rebuffo.

*The Boston M. a. S. Journal*, 23 sett. Congresso chirurgico. — THOM: Sull'epilessia ereditaria. — PHIPPS: La pressione del sangue.

*Medic. Record*, 25 sett. HOUGHTON: Stato timolinfatico nell'adulto. — ANDERSON: La neurite. — LERCH: Cura della colelitiasi.

*The Journal A. M. A.*, 25 sett. MAYO: L'ulcera gastrica. — OCHSNER: Relazione tra ulcera gastrica e cancro. — WILLSON: I prodotti di decomposizione dei cibi quali veleni cardiovascolari. — ATTERBURY: Ospedali ed estetica. — MC. CULLOUGH: La medicina da guerra navale. — HAMMOND, HARTZELL: Genesi locale delle artriti infettive. — HAGGARD: Sul trattamento delle peritoniti.

*Il Morgagni*, 30 sett. VIGNOLO-LUTATI: Ricerche sperimentali sulla lepra. — MAZZA: La reazione di Landau nella diagnosi di sifilide. — CATTANI: Insufficienza dell'arteria polmonare.

*Boll. d. Clin.*, 30 sett. MEDEA: Malattie nervose e malattie mentali in rapporto alla guerra. — FUGIUOLI: Sul tetano. — FERRANNINI: Trauma del cranio, arteriosclerosi con blocco cardiaco, sifilide.

*Riv. Ospedaliera*, 30 sett. ARCANGELI: Osteomalacia maschile. — FUMAROLA: Tumore dell'angolo ponto-cerebellare destro propriamente detto.

*Arch. di Farmac. sperim., ecc.*, 1° e 15 sett. MONTEFUSCHI: Sul comportamento dell'azoto urinario nella nefrite acuta da sublimato corrosivo. — LOMBROSO e ARTOM: Formazione di idrati di carbonio per opera di aminoacidi nel fegato. — COSTANTINO: Contributo alla chimica muscolare.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 2 ott. GABBI: Varietà cliniche rare e complicanze della febbre mediterranea.

*L'Actinoterapia*, 30 sett. SPINELLI M.: L'actinoterapia nelle lesioni di guerra.

*Riv. di Patol. nerv. e ment.*, 1° ott. BUSCAINO: Alterazioni quantitative della tiroide nella paralisi progressiva. — PELLACANI: Precipitine specifiche nell'epilessia e nella demenza precoce.

*The Practitioner*, ott. GIBBS: Trattamento della gonorrea acuta. — ORMOND: L'irite. — SOUTTAR: Trattamento delle ferite in guerra. — WILKINSON: I pericoli delle tubercoline. — ROBINSON: L'uso dell'emetina. — HUGHES: Valutazione dei risultati terapeutici. — HURRY: Il circolo vizioso nella stitichezza cronica.

*La Pediatria*, ott. MURA: Sul cosidetto rachitismo sifilitico. — RUTELLI: Meningite cerebro-spinale da streptotrichea.

*Riv. di Ig. e San. pubbl.*, 1° ott. PAGLIANI: La distruzione dei cadaveri sui campi di battaglia.

*The Lancet*, 2 ott. BAINBRIDGE: Reperti operativi nella stasi intestinale cronica. — LOUCKHART-MUMMERY: Prevenzione della fistola anale. — RAC: La durata del trattamento.

*Bri. Med. Journ.* 2 ott. ROBERUS, TABUTEAU: Ferite del cranio.

*Pensiero Med.*, 3 ott. APERLO: Gangrena gassosa.

*The British Med. Journal*, 2 ott. Chirurgia di guerra.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 5 ott. PINARD: Protezione dell'infanzia a Parigi. — CARREL, DAKIN e altri: Trattamento abortivo dell'infezione delle ferite. — SAINTON: Orecchioni e meningite cerebro-spinale.

*La Cronica Médica*, mag.-ag. VERDIZAN: Sulla storia della corteccia peruviana. — ODRIOZOLA: Epilessia jacksoniana da probabile tubercoloma encefalico. — ESCONAL: La sporotricosi nel Perù ed in Bolivia. — FERREYRA: La scopolamina-morfina quale mezzo analgesico nel parto.

*Giorn. di Medic. Militare*, 31 lug. SALINARI: Il grande epiploon quale organo di difesa dell'organismo. — SEVERI: Terapia arsenobenzolica e sistema nervoso.

*La Clin. Med. Ital.*, sett. FAGIUOLI: Tentativi di terapia antianafilattica. — DEVOTO: Intorno alle lesioni nefritiche unilaterali.

*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, 30 sett. DI FRANCO: Comportamento dell'ovaio nell'intossicazione tubercolare sperimentale. — COVA: Secrezione interna della placenta.

*Gazz. d. Osp.*, 6 ott. ZILOCCHI: Indagini terapeutiche sulla epilessia.

*Riv. di Med. Leg.*, sett. GRIMALDI: Sull'anafilassi da estratti eritrocitici. — PERRANDO: Topoalgie e paresi da commozione psichica e loro valutazione infortunistica.

*The Boston M. a. S. Journal*, 30 sett. PILCHER: Prostatectomia transvescicale. — LEE, DODD e YOUNG: Effetti del canottaggio sul cuore.

*La Presse Méd.*, 7 ott. BÉRARD e BARJAVEL: Trattamento delle artriti suppurate del ginocchio da ferite in guerra.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 9 ott. SBROCCHI: Forma frusta del morbo di Basedow.

*The Journal A. M. A.*, 2 ott. REYNOLDS: Sulla prognosi della sterilità. — SPALDING: La frequenza relativa della gestazione ectopica. — OILLIE, GRAHAM e DETWEILER: Batteriemia streptococcica nell'endocardite. — WHITESIDE: Errori e fallimenti nella prostatectomia. — PENNOH: Verumontanite.

*La Rif. Med.*, 9 ott. RUMMO e FERRANNINI: La cura chininica delle febbricole. — VOLPE: Ernia diaframmatica congenita in un neonato. — DELLA VALLE: Empiema e peritonite pneumococcica.

*Medical Record*, 2 ott. WEUDKOS: Diagnosi e trattamento delle neurosi gastriche. — SWAN: L'equazione personale nel trattamento della tubercolosi. — LEVISON: Il trattamento intraspinale della sifilide.

*The Americ. Journal of the Medic. Sciences*, ott. FINNEY e FRIEDENWALD: Sulla gastroenterostomia. — ALLEN, JOSLIN: Trattamento e prognosi del diabete. — SAILER: Insufficienza polmonare relativa. — ELLIOTT: Ingrossamento precoce della milza nella sifilide. — ANDERSON: L'appendicite quale sequela della tonsillite. — BEER: Legatura della vena porta nella flebite portale suppurativa.

*Proc. Roy. Soc. of Med.*, lug. GREENWOOD: La statistica delle vaccinazioni antitifiche ed anticoleriche. — Copiosa casistica di dermatologia, ginecologia ed ostetricia, odontologia oftalmologia.

*The Lancet*, 9 ott. OSLER: Scienza e guerra. — WILLEY: La guerra e l'educazione medica delle donne. — POYNTON: Sintomi spasmodici nel reumatismo. — PENNELL: Trattamento radicale delle fratture comminute settiche. — NYULASY: Drenaggio intestinale nelle peritoniti settiche. — CARVER: Significato del polso alternante.

*Brit. Med. Journ.*, 9 ott. FRASER: L'acido ipocloroso nelle gangrene gassose.

*The Medical Review*, ott. ADAMSON: La diagnosi delle eruzioni sifilitiche.

*Pensiero Med.*, 10 ott. DI BERNARDO: Ematoma splenico.

*Paris Méd.*, 9 ott. LIRI: Apparecchi semplici di meccanoterapia. — MACULAIRE e NAVARRE: Ferite tangenziali dell'avambraccio. — CHAVIGNY: Mutilazioni volontarie. — GUERRINI e LELONG: Reumatismo delle trincee. — DUTHORT: Nuova barella su ruote.

*Giorn. Intern. d. Sc. Mediche*, 15 ott. GALDI: Ricerche spettrofotometriche sull'emoglobina nel periodo mestruale.

*Giorn. It. d. Mal. Veneree e d. Pelle*, 7 ott. PIMPINI: La cirrosi molle del fegato dei leprosi. — CHIEFFI: Granuloma vegetante da stafilococco. — DE NAPOLI: Frenulectomia emostatica.

*La Presse Méd.*, 11 ott. CLAUDE, VIGOUROUX e LHERMITTE: Distrofie muscolari da traumatismi in guerra. — CARREL: Trattamento abortivo dell'infezione delle ferite. — RAVANT: Sulla tecnica delle iniezioni intravenose concentrate di neosalvarsan.

*Gazz. d. Osped.*, 13 ott. GALMOZZI: Nuovo metodo di saggio dell'acidità gastrica senza l'uso della sonda.

*La Rif. Med.*, 16 ott. ALTONA: Sul metabolismo dell'azoto negli essudati. — PORCELLI-TITONE: Alcune norme di tecnica per la preparazione dei vaccini del tipo antitifico. — MARTELL: La febbre dei tre giorni a Napoli.

*Arch. d. Maladies du Coeur, ecc.*, ott. VAQUEZ: Le cause dell'insufficienza cardiaca.

*La Presse Méd.*, 14 ott. BALZER: Profilassi e trattamento delle malattie veneree in tempo di guerra. — PAULIAN: Sulle tossine dei vermi intestinali. — BROCA: Legature delle carotidi. — CLAUDE e LHERMITTE: Il tetano frusto.

*Gazz. d. Osped.*, 16 ott. FANTONI: La terapia delle pieliti.

*Medic. Record*, 9 ott. BISHOP: La malattia cardio-vaso-renale. — GAUT: Il trattamento delle affezioni annorressiali. — PETERS: Gli essudati nel pneumotorace artificiale.

*L'Igiene d. Scuola*, ott. RAGAZZI: La diffusione della carie dentaria nei bambini.

*The Lancet*, 16 ott. ROBINSON: Caratteristiche cliniche dei casi trattati come paratifi. — SHARP: Afasie, emiplegie ed emiparesi transitorie da spasmi vasali.

*Brit. Medic. Journ.*, 16 ott. NEWMAN: I calcoli ureterali. — BIRKBERCK: Remozione di una palla dal ventricolo destro del cuore, sotto anestesia locale. — PAGE, WRIGHT: Sul trattamento delle ferite infette.

*Paris Méd.*, 16 ott. RATTHERY e MICHEL: Gli accidenti tossici da gas asfissianti. — MILIAN e LESURE: Azione curativa del siero antitetanico. — DE LA ROQUETTE: Riassunto della cura dei feriti in un'ambulanza di prima linea

*Pensiero Med.*, 17 ott. GABBI: Rapporti biologici tra albumine materne e paterne per la ricerca della paternità.

*Riv. crit. di Clin. Med.*, 16 ott. MINERBI e VECCHIATI: Processo pratico per la fissazione e la colorazione panottica dei sedimenti urinarii.

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII. *Roma, 5 dicembre 1915* Fasc. 49

# IL POLICLINICO

SEZIONE PRATICA

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



*Premio ordinario gratuito per l'anno 1916:*

**Le Dermatosi dei lavoratori**

PROF. VINCENZO MONTESANO
Libero docente di Clinica Dermosifilopatica
nella R. Università di Roma

Sarà un elegante volume di circa quattrocento pagine, nitidamente stampato ed elegantemente rilegato in piena tela, con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso.

Sommario.

Proemio — Classificazione delle dermatosi dei lavoratori dal punto di vista dermatologico — Industrie, professioni e mestieri in cui si riscontrano dermatosi professionali — Caratteri generali delle dermatosi dei lavoratori — Cura e profilassi delle medesime — Considerazioni generali sulle dermatosi professionali dal punto di vista medico-legale, sociale ed economico — Appendice con brevi accenni ai caratteri clinici delle dermatosi meno frequenti — Bibliografia — Indice alfabetico dei nomi e delle materie

**Avranno diritto al premio soltanto coloro che invieranno subito il prezzo di abbonamento, più Cent. 60 per le spese di spedizione del volume.**

**Inviare cartolina-vaglia nominativamente al prof. ENRICO MORELLI, Via Sistina, 14-15.**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

Clinica Pediatrica della R. Università di Roma
diretta dal prof. L. CONCETTI.

## Contributo allo studio della diffusione del vaccino Jenneriano nell'organismo

pel prof. L. N. SPOLVERINI, 1° aiuto e docente.

Non vi ha dubbio che nel vaiolo tipico si verifica la generalizzazione del virus, ma come si comportano le cose nel vaccino ordinario, dal momento che la pustola rimane localizzata?

La mancanza dell'eruzione generale non basta a provare senz'altro che i germi del vaccino siano incapaci di generalizzarsi, perchè pure circolanti nel sangue potrebbero non riuscire ad attaccare l'epitelio cutaneo. Difatti le esperienze negli animali hanno dimostrato che se il germe del vaccino viene introdotto direttamente nel circolo sanguigno, esso scompare ben presto nel sangue mentre rimane vivo nell'epitelio cutaneo, più a lungo che negli organi interni: ma è incapace di svolgervi la sua attività, a meno che l'epitelio non venga leso o traumatizzato o comunque predisposto. Occorre quindi che oltre la causa determinante (germe del vaccino) vi sia

anche quella predisponente (epitelio comunque alterato).

Orbene che anche nell'uomo il vaccino possa in qualche caso generalizzarsi è dimostrato dai casi a tutti noti di vaccino generalizzato, nei quali l'eruzione si estende in parte o su tutto il corpo. E' positivo però che questi casi sono estremamente rari, e che in taluni il virus era stato certamente inoculato per la via sanguigna; ma questo ultimo fatto non basta per spiegare la generalizzazione dopo constatata, giacchè era necessario che l'epitelio cutaneo dell'individuo vaccinato fosse stato da una qualsiasi causa predisposto.

Solo così si possono spiegare le generalizzazioni avvenute sia in bambini vaccinati alcuni giorni dopo sofferta la varicella o dopo alcun tempo dal morbillo o scarlattina, sia in quelli in cui la generalizzazione si è effettuata là dove esisteva un eczema in atto o pregresso, sia in quelli che presentavano la pelle più delicata.

Per altro non si può davvero sostenere che in tutti i casi osservati di generalizzazione di vaccino l'inoculazione sia avvenuta — sia pure in modo indiretto — per la via sanguigna; inquantochè in gran parte dei casi l'innesto cutaneo era stato praticato con tutte le regole. Resta quindi sempre a stabilire in modo preciso se e quando l'inoculazione del vaccino per le vie cutanee provoca in via ordinaria il passaggio del virus in circolo. Le numerose esperienze eseguite dai vari autori hanno condotto a risultati discordi. Così Reiter e Pfeiffer affermano di avere constatato la presenza del virus nel sangue dei bambini normalmente vaccinati, Frorch nel succo di quasi tutti gli organi pure di bambini, Vanselow, Freyer, Neisser Siegel, Aldershoff, Casagrandi, Mulas, ecc., nel succo di quasi tutti gli organi degli animali (vitello, scimmia, coniglio, polli) vaccinati. Invece molti altri autori hanno avuto da questo genere di esperimenti risultati negativi a cominciare da Hiller e Paschen sui bambini fino a quelli di Calmette e Guérin, Prowazek (ha sperimentato su 228 animali!), Haaland, Hauger, Iüsgers, Metlenz, Nobl, Ohly, Süpfle, ecc., che con l'innesto cutaneo e sotto-cutaneo non ottennero mai la generalizzazione dell'infezione; mentre che gli stessi Calmette e Guérin, iniettando il vaccino entro le vene, hanno potuto dimostrare che i germi di essi si stabiliscono e si sviluppano sempre in quei punti della pelle, le cui cellule siano sede di lesioni, di scarificazioni, di irritazioni, ecc.

È difficile pertanto orientarsi in modo preciso tra affermazioni così opposte. Certo che ove venissero pienamente confermate le antiche esperienze (1829) di Eichhorn, che concludevano per la presenza dei germi del vaccino in circolo e la loro migrazione nell'apparato cutaneo allo stato di latenza, la questione dovrebbe considerarsi pienamente risolta. Infatti tale autore nei bambini vaccinati avrebbe ottenuto delle pustole artificiali secondarie, praticando al quinto giorno dopo la vaccinazione un'incisione in un punto della pelle lontano dal punto della vaccinazione. Ma le esperienze dell'Eichhorn non possono andare esenti da critiche, in quanto che potrebbe supporsi che si fosse trattato di una infezione accidentale della nuova incisione (cosa tutt'altro che difficile a verificarsi, data la straordinaria resistenza del pus vaccinico), visto che nessuno può garantirci che la lancetta *pulita*, di cui egli dice di essersi servito, fosse una lancetta veramente *sterile* nel senso proprio della parola. Più tardi Nobl ha sperimentato su 40 bambini, praticando fra il decimo ed il ventesimo giorno dalla vaccinazione delle lesioni sulla pelle: ma in tutti i casi queste nuove incisioni guarirono rapidamente senza dare alcuna reazione.

Per altro è positivo che perchè all'esperimento del Nobl potesse attribuirsi un reale valore sarebbe stato necessario che esso fosse stato eseguito a minor distanza dal giorno della vaccinazione, come aveva fatto l'Eichhorn.

Sarebbe quindi della massima importanza ripetere l'esperienza dell'Eichhorn in condizioni però di assoluta attendibilità, vale a dire mettendosi al riparo dalle obbiezioni tanto dal punto di vista della tecnica, quanto da quello del momento più opportuno per l'esecuzione dell'esperimento, quanto infine da quello riguardante la scelta del soggetto più adatto.

Partendo da questi concetti abbiamo creduto opportuno ripetere simili esperienze ricorrendo per la tecnica all'uso di lancette sterilizzate al calore a secco, diverse per ogni singolo caso, con le quali si praticavano delle leggere scarificazioni nella cute del braccio destro (la vaccinazione si eseguiva sul braccio sinistro), e che poi venivano ricoperte con una semplice fasciatura asettica a scopo protettivo e per evitare fatti secondarî. Tali scarificazioni noi abbiamo di regola eseguite in un gruppo di bambini al terzo giorno dopo la vaccinazione, ed in un altro gruppo al quarto giorno: non abbiamo creduto opportuno andare al di là del quarto giorno, considerato che dalle numerose ricerche dei varî autori risulta che il processo immunitario della cute comincia a manifestarsi fin dal quarto giorno dall'eseguita vaccinazione, con una modificazione delle eruzioni e diventa completo al settimo giorno (Henseval e Conwent), tanto che da questo momento in poi ad ogni nuova vaccinazione

| Numero d'ordine | Nome | Età (mesi) | Peso (gr.) | Condizioni fisiche | Alimentazione | Data dell'innesto 1915 | Numero del vaccino adoperato: normale | Numero del vaccino adoperato: garofolato | Esito: 3°-4° giorno | Esito: 7°-8° giorno | Esito: 11°-12° giorno | Scarificazioni: giornata | Scarificazioni: esito | Complicazioni | Osservazioni |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | V. Annita . . . | 6 | 4800 | discrete | mista | 22 aprile | 1-4 | .. | discreto | buono | .. | 4ª | negativo | assenti | continua accrescimento |
| 2 | I. Giulio . . . . | 4 ½ | 8200 | buone | naturale | id. | 1-4 | .. | scarso | id. | .. | 4ª | id. | id. | id. |
| 3 | P. Elide . . . . | 7 | 6850 | discrete | mista | id. | 1-4 | .. | id. | id. | .. | 4ª | id. | id. | id. |
| 4 | P. Antonia . . . | 6 | 6100 | buone | id. | id. | 1-4 | .. | id. | id. | .. | 4ª | id. | id. | id. |
| 5 | F. Angelo . . . | 5 | 6480 | id. | naturale | 29 aprile | 1 | .. | id. | discreto | .. | 4ª | id. | id. | id. |
| 6 | P. Gino . . . . | 6 | 6950 | id. | mista | id. | 1 | .. | id. | ottimo | ancora reaz. | 4ª | id. | id. | sosta nell'accrescimento |
| 7 | P. Giuseppe . . | 3 | 4900 | id. | naturale | id. | 1 | .. | id. | id. | id. | 4ª | id. | id. | continua accrescimento |
| 8 | S. Danilo. . . . | 9 | 5950 | scadenti | mista | id. | 1 | .. | assai scarso | discreto | .. | 4ª | id. | id. | id. |
| 9 | S. Umberto, . . | 5 | 3720 | id. | id. | 6 maggio | 4 | 4 | id. | id. | .. | 4ª | id. | id. | (gemello) |
| 10 | S. Elena . . . . | 5 | 3910 | id. | id. | id. | 4 | 4 | id. | id. | .. | 4ª | id. | id. | (gemello) |
| 11 | D. Gaetano. . . | 11 | 8000 | discrete | id. | id. | 4 | 4 | scarso | id. | .. | 3ª | id. | id. | continua accrescimento |
| 12 | V. Renato . . . | 9 | 6850 | id. | id. | id. | 4 | 4 | id. | buono | .. | 3ª | id. | id. | sosta nell'accrescimento |
| 13 | F. Margherita . | 5 ½ | 4220 | id. | naturale | id. | 4 | 4 | id. | id. | .. | 3ª | id. | id. | continua accrescimento |
| 14 | F. Iolanda . . . | 6 | 6030 | id. | mista | 13 maggio | 4-11 | .. | id. | id. | .. | 3ª | id. | id. | id. |
| 15 | S. Pierina . . . | 5 | 5550 | id. | naturale | id. | 4-11 | .. | discreto | ottimo | ancora reaz. | 3ª | id. | id. | id. |
| 16 | M. Iole. . . . . | 6 | 6100 | buone | mista | id. | 4-11 | .. | scarso | buono | .. | 3ª | id. | id. | continua accr. (gemello) |
| 17 | M. Adriana. . . | 3 ½ | 5440 | id. | naturale | 17 maggio | 11 | .. | id. | id. | .. | 4ª | id. | id. | continua accrescimento |
| 18 | D. Renata . . . | 10 | 7950 | discrete | artificiale | id. | 11 | .. | id. | id. | .. | 4ª | id. | id. | id. |
| 19 | L. Fausta . . . | 4 ½ | 5900 | buone | naturale | id. | 11 | .. | discreto | ottimo | .. | 3ª | id. | id. | sosta nell'accrescimento |
| 20 | M. Lamberto . . | 5 | 5800 | id. | id. | id. | 11 | .. | scarso | buono | .. | 3ª | id. | id. | continua accrescimento |

si producono soltanto lievi eruzioni (reazioni precoci). Quindi, anche ammesso che il germe del vaccino penetri in circolo per andarsi ad annidare di preferenza nell'apparato cutaneo, ove rimarrebbe allo stato di latenza (Eichhorn), è logico pensare che perchè questo possa poi svilupparsi con la produzione della pustola, intervenendo la causa predisponente necessaria (lesione cutanea di qualsiasi natura), è necessario anche che la cute stessa non sia ancora stata modificata dalla presenza di fenomeni immunitari contro tale germe, i quali certo ostacolerebbero o per lo meno disturberebbero la produzione del fenomeno. Donde la necessità assoluta di eliminare la possibilità di tale causa perturbatrice e per conseguenza non ritardare oltre il 4° giorno la esecuzione dell'esperimento.

Infine è importante anche la scelta del soggetto. È noto difatti che l'immunità vaccinale della cute nei soggetti vaccinati dura lungo tempo, ed in taluni per molti anni, per cui, tenuto conto di quello ora detto a proposito della medesima, conveniva per le ricerche scegliere dei soggetti che non avessero ancora subìto alcuna vaccinazione. A tale uopo ci siamo serviti di bambini lattanti da 4 mesi di vita in poi, cercando che stessero in buone condizioni di salute e di nutrizione, per metterci così nelle condizioni normali di esperimento e per evitare che altri fattori, quali ad esempio la diminuita resistenza organica per malattie in atto o pregresse, potessero influire a determinare risultati non del tutto conformi a rigore scientifico; quantunque non possa disconoscersi che sarebbe importante eseguire ricerche anche in simili condizioni speciali per studiare una possibile differenza nei risultati finali, i quali in tali casi servirebbero quasi di controllo.

È naturale che noi nell'eseguire le esperienze abbiamo tenuto conto dell'esito della vaccinazione praticata, il quale però in tutti è stato ottimo o per lo meno buono, non avendosi avuto mai alcun risultato negativo.

Il vaccino adoperato, tanto normale quanto garofolato, è quello indicato coi numeri 1, 4, 11 del protocollo del 1914 dell'Istituto vaccinogeno di Roma (1).

Riportiamo in una tabella (ved. pag. 1639) una parte delle esperienze eseguite, visto che i risultati sono stati tutti concordi.

Come è evidente, i risultati sono stati costantemente negativi e quindi la deduzione, che ne deriva, porterebbe a concludere che in via normale non si verifica nell'organismo umano la generalizzazione del germe del vaccino in seguito all'innesto cutaneo; concetto questo che attualmente è ritenuto il più corrispondente al vero dalla maggior parte degli esperimentatori, ed in corrispondenza anche con i fatti clinici che abitualmente si osservano nei soggetti vaccinati.

(1) Vedi a tale riguardo la nota pubblicata nel N. 43 del *Policlinico*, sezione pratica, 1915, a proposito della purificazione del vaccino Ienneriano.



---

# RIVISTE SINTETICHE.

## Sui progressi della terapia. (1)

### MEZZI IGIENICI.

Aria, luce, movimento, cibo, .... sono delle grandi panacee.

La medicina potrebbe abdicare alla massima parte della farmacopea ma non rinunziare a queste risorse igieniche, il cui compito si mostra spesso decisivo nell'imprimere un decorso favorevole alle malattie.

È rimasta classica la prova che seppe fornirne Baudeloque nel suo reparto ospedaliero: abolendo quasi del tutto i medicinali, egli potè registrare una mortalità inferiore a quella dei colleghi; ma l'eminente pediatra sorvegliava che fosse rigorosamente osservata l'igiene.

* * *

*Alimentazione.* — Tra i mezzi igienici un posto cospicuo va fatto all'alimentazione. Le deficienze qualitative di essa ingenerano sindromi svariatissime: lo *scorbuto classico* e quello *infantile* (da cibi sterilizzati, conservati « devitalizzati »), il *beri-beri* tropicale (da riso mondato), *l'oligosideremia* (da regime latteo o da allattamento prolungato), *l'intossicazione acida* (da regime carneo, quale un tempo era prescritto ai diabetici), probabilmente la *pellagra* (da alimentazione maidica), molte *polinevriti* (sarebbero manifestazioni attenuate di un beri-beri nostrale dovuto a consumo di amidacei troppo depurati), molti *stati dispeptici* (da regimi ristretti ed uniformi) ecc., nonchè forme fruste, di passaggio e miste.

Sono state invocate molte cause per spiegare queste gravi conseguenze: penuria di principii organici i quali assumerebbero un compito specifico nel metabolismo (basi azotate sul tipo della *vitamina*, sostanze ascritte al gruppo mal definito dei *lipoidi*, amine acide, allantoina, ecc.); eccesso di *proteine aplastiche*, cioè sfornite di costituenti che l'organismo è difficilmente in grado di sintetizzare (così il triptofane manca nella zeina del maiz e nelle sostanze col-

(1) Vedi fasc. 12.

legame); eccesso di sostanze azotate non proteiche (ne sono ricchi i vegetali); eccesso o difetto di sostanze minerali (il ferro manca quasi nel latte, il fosforo e lo zolfo sovrabbondano nella carne e forniscono radicali acidi che possono aggravare l'acidosi, prodotta da scomposizione dei grassi e delle proteine acetogene); insorgenza di uno stato anafilattico provocato dal consumo prevalente di un solo cibo (*monofagismo* di Volpino); minorazione funzionale ed organica del sistema digerente prodotta da restrizioni nella dieta (*regime delle esclusioni* di Déjerine; vi cadono i dispeptici, restringendo la scelta dei cibi: essi giungono così ad una vittitazione monotona e che risveglia al minimo grado l'idea di alimentazione).

Dunque le deficienze sarebbero inerenti ora alla natura dei cibi (latte, carne, mais), ora ai trattamenti cui vengono sottoposti (sterilizzazione, conservazione, brillatura, abburattamento), ora all'uniformità dell'alimentazione (monofagismo, regime delle esclusioni).

*
* *

Gli stati morbosi ai quali abbiamo accennato si curerebbero e preverrebbero riconducendo la dieta alle esigenze fisiologiche. In questo campo emerge decisamente il valore della *dieta mista,* la quale porta a compensare le eventuali manchevolezze dei singoli cibi. In ogni caso devono essere scoraggiati i regimi ristretti e monotoni, in specie se a lungo protratti. Così von Noorden insegna ad attenuare l'anemia dei colpiti da nefrite, da ulcera gastrica, da cancro gastrico, ecc. rendendo meno rigoroso il regime latteo; a guarire i sintomi di scorbuto, che spesso si presentano nei convalescenti di tifo, concedendo verdure e frutta fresche; ecc.

Questa tendenza alla varietà non esclude i *regimi speciali*: la *dieta ipoazotata* nelle malattie ipertensive come le nefriti azotemiche, la *dieta declorurata* nelle nefriti cloruremiche e nell'epilessia (in cui agevola l'azione dei bromuri), la *dieta apurinica* nella gotta, la *dieta alattea* nel tifo (ridurrebbe le fermentazioni intestinali e quindi il meteorismo ed il rischio delle emorragie e delle perforazioni), la *dieta anossalurica* nelle ossalemie, il *trattamento dietetico del diabete* regolato sulla tolleranza per gl'idrocarbonati e sull'eliminazione di acido diacetico, ecc.

Invece perdono quasi ogni applicazione gli *alimenti speciali* che pure inondano il mercato. Ad esempio si è dimostrato come le *polveri di carne* subiscano una modificazione molecolare che le priva di ogni valore nutritivo: posseggono solo un'azione analettica ed eupeptica, paragonabile a quella degli estratti di carne (Laroche). Dei *cibi depurati* una réclame insistente ha molto esagerato il potere nutriente.

È ancora discusso il valore alimentare dell'alcool; ma vengono sempre meglio valutati i danni che comporta l'abusarne.

*
* *

Nei riguardi quantitativi l'*ipoalimentazione,* che era stata un canone della medicina spogliatrice, ha resistito fino a tempi recenti; ma poi ha fatto posto ad una reazione la quale, come al solito, tende ad essere eccessiva.

Esagerando gl'insegnamenti di Brehmer e Dettweiler, si prese ad abusare dell'*iperalimentazione* nel trattamento dei tubercolotici, cui si procurarono gravi dispepsie e disturbi del ricambio; Weir-Michell la mise in voga nel trattamento della nevrastenia e dell'isteria; ora va imponendosi nel tifo, almeno presso i popoli anglo-sassoni, auspice Coleman. Perfino nelle dispepsie *sine materia* si è portati da qualche tempo a prescrivere un'alimentazione copiosa: altrimenti gli organi digerenti diverrebbero atoni, ipotrofici e inadatti ad elaborare i succhi digerenti; riportandovi gli stimoli fisiologici, si emenderebbero molte dispepsie (Zbinden).

Le *diete ridotte* vengono riservate solo a condizioni patologiche ben definite: la *cura di Karell* attenua insieme la quantità di alimenti e di liquidi, alleviando il lavoro del cuore scompensato; la *dieta idrica* è un mezzo temporaneo efficace di disintossicazione nei gravi disturbi digerenti (in pediatria porta a veri miracoli); nelle lesioni chirurgiche acute dell'addome (ferite, flogosi acute, ecc.) si dimostra utile la *dieta assoluta,* con esclusione non soltanto dei cibi, ma anche delle bevande *per os* (se ne apprezzano i benefizi nei gravi traumatismi di guerra, associandovi il riposo).

*
* *

Un fattore importante per regolare l'alimentazione è dato dagl'intervalli tra i pasti. Le indagini radiologiche recenti provano la frequenza della stasi gastrica, se non abituale, almeno intervallare, dovuta ora ad atonia e ora ad ipertonia (spasmo pilorico). Ne viene l'utilità di *distanziare i pasti*, così da evitare che l'ultimo pasto ingerito trovi nello stomaco i residui del pasto precedente, in cui generalmente sono contenuti in copia i germi delle fermentazioni acide che prenderebbero a svilupparsi con rigoglio sul nuovo substrato alimentare (1).

(1) Ci si spiega anche l'utilità del massaggio epigastrico, della ginnastica diaframmatica e delle contrazioni addominali nelle dispepsie, in quanto che questi mezzi meccanici stimolano lo stomaco a vuotarsi.

Sovrattutto in pediatria i lunghi intervalli tra i pasti si sono comprovati utilissimi: il *regime delle cinque poppate,* instaurato da Heubner, Czerny, ecc. fa tollerare senza danni manifesti anche l'allattamento artificiale.

Solo pochi stomaci a peristalsi esagerata si trovano bene dei pasti frequenti e leggeri.

Accenniamo infine alla masticazione lenta e completa o *bradifagismo,* di cui si è fatto apostolo Fletcher: varrebbe a prevenire e correggere le dispepsie oltre che a ridurre il bisogno dei cibi. Tuttavia se n'è esagerata l'importanza: Niles trova persino che una masticazione troppo diligente può facilitare lo sviluppo dei batteri e quindi le fermentazioni anormali gastro-enteriche.

*
* *

*Attività fisica e riposo.* — Una delle maggiori conquiste compiute dall'igiene consiste nell'aver riconosciuto e sanzionato l'efficacia dell'*attività fisica* quale mezzo d'irrobustimento.

L'attività fisica accresce lo sviluppo e la potenzialità del sistema muscolare, intensifica il ricambio, ripercuote i suoi effetti benefici sul sistema nervoso, rafforza tutte le funzioni organiche.

Questo dinamismo ha consentito di utilizzarla a scopi terapeutici: essa costituisce ormai uno dei rimedi più sicuri della nevrastenia, delle dispepsie funzionali, delle malattie del ricambio (gotta, obesità, diabete, ecc.); giova in molte altre malattie croniche: persino nella tubercolosi polmonare le *cure di lavoro,* reintegrate da Patterson, si dimostrano vantaggiose e vanno diffondendosi.

I progressi compiuti in questo campo concernono in buona parte la regolazione degli esercizi, i quali vengono adattati alle singole malattie ed ai singoli individui e graduati, ponendo ogni cura ad evitarne i danni possibili: ad esempio Patterson prescrive sei gradi di esercizi ai suoi tubercolotici.

Altre volte è indicato il *riposo.* Nella generalità delle malattie infettive è un antitermico, economizza le forze di riserva, evita la produzione di scorie o prodotti intermedi del ricambio, riduce il lavoro del cuore ch'è uno degli organi più compromessi. Dimostrativo a tale riguardo è l'esempio della polmonite. Già Strümpell, Liebermeister, ecc. avevano insistito sulla utilità della *cura aspettante del riposo* nella polmonite; di recente Latham di Londra ha fatto valere tutto il vantaggio che si può trarre in questa malattia da un *riposo assoluto,* fisico, sensoriale e mentale.

Il riposo giova anche nei forti esaurimenti nervosi; ma va condizionato alla capacità di lavoro degli infermi, non mai protratto a lungo.



*
* *

*Attività sessuale.* — È venuta assodandosi la nozione che la morigeratezza sessuale risparmia l'organismo e deve considerarsi uno dei fattori precipui di robustezza. L'abuso di tale attività, sovratutto quando è pervertita (masturbazione, onanismo), avrebbe molta parte nel provocare la degenerazione degli individui e della loro discendenza. L'efficace propaganda igienica compiuta durante questi ultimi anni negli Stati Uniti ed in Germania è stata volta in larga misura a combattere, per l'appunto, l'intemperanza sessuale. Questa farebbe sentire i suoi danni in tutte le malattie.

Non sembra però utile nè raccomandabile l'astinenza completa, salvo durante l'età dello sviluppo: anzi negli individui neuropatici può esser causa di danni, provocare uno stato d'ansia o d'ossessione, una forma frenocardica.

*
* *

*Aria e clima.* — Dopo Gastaldi, Daremberg, Brehmer, ecc., il valore terapeutico dell'aria nella cura della tubercolosi è stato sempre meglio riconosciuto. Oggi si tende a semplificare questa aeroterapia, esimendosi dai *sanatori.*

Dal trattamento della tubercolosi l'impiego dell'aria si è generalizzato a quasi tutte le malattie (così nei nostri ospedali le finestre vengono tenute costantemente aperte).

Al clima si attribuisce invece ormai un'importanza esigua quale fattore terapeutico. Il cambiamento d'aria giova, qualunque esso sia, ma solo perchè importa un cambiamento di residenza, il quale reca nuovi stimoli fisici e psichici e distrae dalle cure abituali (così ci si spiega l'efficacia terapeutica di quasi tutte le stazioni climatiche e idriche, del ritorno al paese nativo o della annuale villeggiatura, ecc.).

Tra i climi soltanto quello marino si è confermato un presidio terapeutico efficace, anzi semi-specifico, nelle tubercolosi torpide (adenopatie, localizzazioni ossee ed articolari, ecc.); onde la diffusione degli *ospizi marini,* che da qualche tempo si sono cominciati a rendere permanenti.

*
* *

L'efficacia degli agenti igienici è particolarmente manifesta in parecchie malattie.

Così la cura della tubercolosi, della nevrastenia, delle dispepsie, della gotta, del diabete, ecc. è oggi divenuta prevalentemente igienica.

Ancora più probativo è forse l'esempio dell'epilessia: nelle *colonie per epilettici* (pur troppo mancano ancora in Italia) i malati conseguono una guarigione clinica senza uso di medi-

cinali, ma vivendo all'aperto, conducendo una vita attiva, osservando una dieta acarnea, declorurata ed analcoolica (è questa la cosìdetta *terapia metaplastica*); in altri termini, attenendosi a norme generali d'igiene.

## NOTE DEL GIORNO.

### Le congelazioni dei soldati e la loro cura.

Le cure di tutti i governi, delle nazioni intere sono ora rivolte a prevenire gli effetti del freddo, o quanto meno a diminuirne le dannose conseguenze negli eserciti costretti a svernare in località dove la temperatura raggiunge gradi molto bassi. E a dir vero le congelazioni ed in genere le lesioni dovute all'azione del freddo intenso che in tempi normali si osservano solo raramente, ora sono constatate dai medici in larga misura. Perciò osserva Fearnrides (*British Journal of Dermatologie*, 1915, n. 1) queste lesioni hanno acquistato uno straordinario interesse sia dal punto di vista medico che militare. Ed ogni più attenta cura e larghe provvidenze di profilassi devono essere istituite allo scopo di evitare che le congelazioni facciano larghi vuoti negli eserciti aumentando il numero dei mutilati.

Il grado e la diffusione delle congelazioni oltre che con la intensità del freddo e della umidità sono in rapporto con la durata di azione del freddo, col grado di conduttività al calore dell'ambiente, con le condizioni di salute e di nutrizione del soggetto, col suo stato psichico e col lavoro muscolare che egli fa. La maggiore importanza hanno le condizioni igroscopiche ed anemometriche dell'atmosfera: le conseguenze del freddo sono molto meno gravi quando l'aria è secca e tranquilla. Nelle regioni artiche ad atmosfera traquillo sono state tollerate temperature fino a 45° gradi sotto zero. Viceversa quando l'aria è molto umida non è neppur necessario che la temperatura scenda di qualche grado sotto zero perchè si producano congelazioni. Anzi l'esperienza delle ultime guerre ha dimostrato che sono meno nocive le temperature più basse dello zero in confronto di quelle che lo superino solo di qualche grado.

Nelle prime condizioni l'acqua è solidificata e quindi i piedi nelle trincee si trovano in un ambiente secco, mentre nel secondo caso, l'acqua ancora liquida crea un ambiente di umidità che favorisce straordinariamente le congelazioni.

Il freddo intenso può provocare alterazioni generali dell'organismo e lesioni locali delle parti esposte. Le più importanti alterazioni generali sono i disturbi del ritmo del cuore e del respiro, i disturbi dello scambio gassoso, del bilancio dell'azoto o del ricambio materiale in toto. Le alterazioni locali più frequenti sono quelle che colpiscono le parti ordinariamente esposte al freddo: le gambe, le braccia, i piedi, le mani e le rispettive dita, le orecchie, il naso, le guancie.

Le lesioni locali da freddo nei soldati combattenti possono assumere tre forme cliniche differenti:

1° la forma classica di vera congelazione dei tessuti;

2° forme in rapporto prevalentemente a disturbi della circolazione del sangue e della linfa nei segmenti distali delle estremità inferiori;

3° forme neurotiche, nelle quali i disturbi funzionali soggettivi vengono riferiti alle parti del corpo maggiormente colpite dal freddo.

Le forme di congelazione vera dei tessuti si hanno quando la temperatura esterna si abbassa di molto al di sotto dello zero, per modo che il calore delle parti esposte si disperde rapidamente, donde il vero congelamento delle parti stesse con eventuale morte degli elementi viventi.

Le forme vascolari si hanno quando pur non essendo intenso il freddo esterno, l'umidità dell'ambiente favorisce la dispersione del calore, per modo che le condizioni termiche pur non essendo turbate intensamente, lo sono così a lungo da risultarne alterazioni più o meno gravi del circolo sanguigno con le relative conseguenze.

Nelle forme neurotiche le influenze della fatica, dell'insonnia, delle emozioni, dell'ansia e di altri fattori psichici si combinano all'azione locale del freddo provocando una sindrome nella quale prevalgono sensazioni dolorose a carico delle parti esposte all'azione delle basse temperature.

Le parti più frequentemente colpite dal congelamento della prima forma sono il padiglione delle orecchie, le dita delle mani, la punta del naso, meno frequentemente il pene. Talora gli unici sintomi del raffreddamento sono il pallore e la insensibilità della cute, ed avvenuto lo sgelo le parti lese ritornano normali. Ma nella maggior parte dei casi dopo lo sgelo la pelle si gonfia, si arrossa e si copre di vesciche piene di un liquido limpido, secondariamente quando l'azione del freddo intenso ha durato lungamente si ha la gangrena secca, la cui estensione è in rapporto alla intensità del freddo ed alla profondità fino alla quale esso ha agito nei tessuti. Il periodo di riparazione è caratterizzato da un'infiammazione che dura a lungo. Durante lo sgelo dei tessuti si hanno violenti do-

lori che sono in rapporto o a vere lesioni neuritiche o alla pressione subìta dalle terminazioni nervose per il rapido distendersi dei tessuti.

Le arterazioni in rapporto ai disturbi della circolazione sangugna e linfatica si hanno di regola quando le parti sono esposte all'azione di un freddo non molto intenso ma di lunga durata, e si hanno sopratutto quando l'atmosfera è umida o le parti sono a contatto con acqua fredda. Dapprima si ha una contrazione delle arterie sottili, poi di quelle sottilissime, segue la contrazione delle arterie di grosso calibro e di quelle situate profondamente. La quantità di sangue circolante negli arti diminuisce, la pelle diventa pallida, le dita delle mani e dei piedi diventano morte. Possono però sopravvenire intensi dolori; ad ogni modo i movimenti degli arti diventano presso che impossibili. Alla vaso-costrizione in secondo tempo segue la vaso-dilatazione: la parte diventa eritematosa o cianotica. Compaiono sensazioni dolorose profonde. Quando l'esposizione al freddo umido si protrae o si ripete di frequente si formano i geloni o pernioni: si ha cioè un eritema più o meno cronico accompagnato da una reazione infiammatoria e da sensazioni pruriginose. Talora la pelle diventa ruvida, si producono vescicole ed ulcerazioni, che infettandosi secondariamente possono dar luogo a perdite di tessuto più o meno estese.

Negli individui che sono costretti a stare lungamente in posizione più o meno eretta e presso che immobile con i piedi a contatto dell'acqua fredda o della neve può prodursi sempre per azione sui vasi una gangrena più o meno estesa delle estremità inferiori, si ha cioè la così detta gangrena da paralisi vasale da freddo. È questa forma che prevalentemente si verifica nei soldati delle trincee. La temperatura del fango, nel quale i piedi vengono tenuti continuamente, non si abbassa mai tanto da produrre la congelazione dei tessuti superficiali e tanto meno di quelli profondi, ma il freddo umido agisce tanto lungamente costringendo i vasi in modo da produrre la gangrena. In queste forme il paziente avverte nelle parti colpite un senso di irrigidimento, di raffreddamento, di prurito o perde addirittura la sensazione degli arti inferiori e non si accorge della lesione se non alla ispezione diretta. Favoriscono la produzione di questa forma anche condizioni meccaniche che ostacolonano la libera circolazione: la continua posizione eretta, le scarpe strette e indurite (anche quando siano larghe si restringono e si irrigidiscono per l'assorbimento di acqua), l'immobilità che è forzata oltre che per altri fattori anche perchè il fango nelle trincee è talora così abbondante e denso che i piedi e le gambe dei soldati vi rimangono presi e fissati dentro come calcinati per ore ed ore. Tutti questi elementi riuniti insieme agiscono così potentemente da produrre la gangrena anche in individui molto robusti e perfettamente sani. Il disturbo circolatorio iniziatosi in siffatte condizioni ha tendenze progressive, per modo che fenomeni gravi possono apparire anche molto tempo dopo che l'individuo è stato tolto dall'ambibente dannoso. I fatti obbiettivi di questa forma possono essere costituiti dal semplice eritema limitato all'alluce fino alla gangrena nera, alla necrosi in massa di parte o di tutto il piede, in modo da rendere necessaria l'amputazione al tarso o anche più in su. La parte diviene prima un po' pallida, poi per la successiva dilatazione diventa rossa e tumida. Quindi per il nuovo rallentamento della circolazione la parte diventa cianotica o rosso scura più o meno diffusamente in modo da assumere talora un aspetto marmorizzato. Quindi segue essudazione che è più evidente nelle parti dove il connettivo e più lasso come nella parte anteriore del dorso del piede.

Quest'edema è molto lento a riassorbirsi. Talora e specie nelle parti più soggette a pressioni esterne si formano delle vesciche talvolta emorragiche più frequentemente sull'alluce, al calcagno, alla pianta del piede, alla base del quinto dito, nel letto ungueale. Questa gangrena di solito colpisce ambo i piedi, ma disugualmente. Essa è ordinariamente secca a meno che sopravvengano infezioni o si facciano applicazioni umide. Quando le parti pur essendo di color livido sono calde alla palpazione si ha di regola la guarigione, se invece esse sono fredde e di color grigio-piombo o nero si ha la necrosi parziale o totale. La demarcazione si ha in genere netta con piaga granuleggiante. In queste forme di congelazione per una permanente tensione dei tendini degli estensori delle dita, dei peronei e dei tibiali l'alluce è dorsiflesso, le altre dita iperstese, mentre il piede è in eversione o in inversione esagerata.

Talora questi fatti sono accompagnati da dolori e da parestesie di varie forme ed intensità. Queste disestesie sono in genere in rapporto a processi neuritici. Ma v'è un buon numero di casi nei quali la lesione della parte congelata non è quantitativamente proporzionale ai disturbi subbiettivi accusati dai pazienti. Si tratta di individui che si mostrano emozionabili, irritabili e che accusano dolori non giustificabili dai fatti locali. In questi casi evidentemente al processo neuritico iniziale si è aggiunto un fattore psichico. Si ha a che fare allora con fatti

di neurosi, come è facilmente documentabile dal fatto che questi soggetti presentano alcuni sintomi caratteristici schiettamente funzionali, come l'anestesia o la ipoestesia a calza o pantofola.

Accertata così la patogenesi delle congelazioni la profilassi deve essere indirizzata ad eliminare o quanto meno a diminuire le cause che l'esperienza ha dimostrato capaci di determinare queste lesioni o di renderle più gravi. Gli indumenti devono essere larghi e non devono in nessun punto costringere i tessuti. Più che di abiti pesanti giova coprirsi di più indumenti leggeri ma fatti di tessuti molto fitto: i vari strati di aria costituiscono il migliore coibente. Gli abiti ad ogni modo non devono impacciare per nulla i movimenti. Anche le calze, i guanti possibilmente di lana devono essere molto ampii, meglio conservano il calore i guanti senza dita. Le calzature devono essere anche esse ampie, ben lavorate per modo da ostacolare la penetrazione dell'acqua, costituite di pelle morbida e frequentemente unte con grassi e petrolio che ne mantengono la morbidezza ed allontanano insieme la umidità. I soldati dovrebbero muoversi per quanto più è possibile, ispezionare frequentemente le parti più esposte ai congelamenti e sorvegliare anche i compagni avvertendoli delle prime manifestazioni di congelazioni sul volto. Queste si presentano agli inizii con caratteristiche macchie del colore dell'avorio. Queste macchie vanno subito fregate leggermente con il pulviscolo di neve o meglio con petrolio. Per attivare la circolazione ai piedi giovano molto le frizioni con alcool. I giapponesi nell'ultima guerra con la Russia adoperarono come mezzo profilattico delle congelazioni e con buoni risultati le unzioni ai piedi con pomate a base di cera bianca e vasellina o cera bianca ed olio di lino insieme a canfora. Buoni risultati darebbe pure l'unguento di sugna purificata e conforato col 5 % di olio di eucalipto. I soldati devono essere ben nutriti sopra tutto con carboidrati e sorbire frequentemente delle bevande toniche calde e molto zuccherate, come il caffè, il thè, il cioccolato. Il viso deve essere protetto sopratutto dal vento freddo mediante una larga visiera al berretto ed in mancanza mediante un largo pezzo di cartone insinuato sotto il berretto stesso. È sopratutto durante la notte nel sonno che i soldati in trincea devono riguardarsi; un sicuro mezzo profilattico al riguardo potrebbe aversi unicamente dall'uso di un sacco di pelle, nel quale il soldato dovrebbe entrare tutto, testa compresa. Nelle trincee i soldati devono badare a stare il meno che sia possibile nel fango, dovranno riporre ogni cura a procurarsi delle tavole o dei sassi, sui quali poggiare i piedi.

Per quel che riguarda la cura delle congelazioni bisogna innanzi tutto badare a non riscaldare le parti lese e tanto meno a trasportare il paziente in un ambiente eccessivamente riscaldato. Una tale pratica avrebbe sempre conseguenze funeste. Nelle forme semplici occorre praticare frizioni con pulviscolo di neve (non neve compatta) o con acqua fredda; ottenuto il disgelo si praticheranno frizioni con trementina ed olio o con linimento alcool-saponato; successivamente si trasporterà il paziente in un ambiente moderatamente riscaldato a secco. Nelle forme del secondo gruppo bisognerà favorire la decongestione della cianosi e dell'edema mediante la elevazione in alto, la mobilizzazione attiva, l'applicazione di polveri astringenti, come dermatolo, iodoformio, ossido di zinco, acido borico, e tintura di iodio in leggera concentrazione (gr. 2 di iodio in 100 di alcool assoluto) o meglio ancora mediante l'applicazione di aria calda. Bisogna ad ogni modo che l'intervento chirurgico sia limitato solo ai casi nei quali la gangrena malgrado ogni cura rimane umida ed assume carattere flemmonoso. Nelle forme del terzo gruppo si faranno massaggi, bagni e si praticherà sopra tutto la psicoterapia.

DRAGOTTI.

# SUNTI E RASSEGNE.

## MEDICINA.

### La sifilide cerebrale.

(S. COLLINS. *Journ. Am. med. Assoc.*, 1915, volume LXV, n. 2).

La *Spirochaeta pallida* può attaccare tutte le parti intracraniche del sistema nervoso, le meningi, la sostanza cerebrale (cellule e tessuto interstiziale) ed i vasi sanguigni. In molti casi la diagnosi può essere fatta con la sola analisi dei sintomi; altre volte invece, specie quando mancano i sintomi detti patognomonici (alterazione dei riflessi tendinei, irregolarità pupillari, paralisi temporanee oculari, ecc.) sono necessari i mezzi di laboratorio; ed è con questi che si riconosce che molte cefalee, neurastenie, epilessie, psicosi diverse, ecc. sono di natura sifilitica.

Due fatti hanno arrestato il cammino delle nostre conoscenze sulla sifilide del sistema nervoso; l'uno che ogni scrittore ha affermato che la sifilide del sistema nervoso cagionava delle malattie ben definite, ognuna delle quali veniva considerata come un'entità clinica. L'altro gran-

de ostacolo al progresso delle nostre conoscenze in proposito è stato portato con la distinzione di malattie sifilitiche e parasifilitiche. Ora Noguchi e Moore hanno fin dal 1913 dimostrato l'esistenza della spirochaete in buona parte dei cervelli di individui morti per demenza paralitica, eliminando così l'influenza di quella misteriosa sostanza, che si riteneva elaborata dal microrganismo e che fosse l'agente causale delle malattie parasifilitiche.

La differenza delle lesioni deve quindi essere riferita, sia al tempo da cui si è verificata l'infezione, sia al numero dei microrganismi, sia infine alla resistenza dell'individuo. Si è osservato che sul principio dell'infezione si ha una reazione cellulare relativamente lieve prodotta da un gran numero di microrganismi, mentre nella sifilide cronica le reazioni estese sono causate da piccolo numero di spirochete. Ciò si spiega con le teorie dell'immunità; l'infezione primaria ha sensibilizzato i tessuti; più tardi, i tessuti risultano enormemente suscettibili all'azione tossica; e si hanno così i fenomeni della sifilide terziaria.

Un altro carattere differenziale fra lesioni sifilitiche e parasifilitiche era dato dall'incurabilità di queste ultime: si deve però riflettere la differenza dei tessuti colpiti dai due tipi di lesioni. Nel primo caso si tratta di tessuto interstiziale e quindi la rigenerazione è possibile; nelle lesioni parasifilitiche, invece, è interessato lo stesso parenchima nervoso, e quindi alla distruzione di una cellula segue necessariamente la mancanza della sua funzione. Del resto con l'uso del salvarsan si può far cessare lo stadio di attività delle malattie parasifilitiche.

Dopo tali premesse l'A. passa a discutere il soggetto che tratta considerando: *a*) l'epoca di manifestazione relativamente a quella dell'infezione; *b*) le sue manifestazioni cliniche; *c*) la relativa frequenza; *d*) la prevenzione ed il trattamento precoce.

*Epoca in cui si manifesta la sifilide cerebrale.* Si riteneva una volta che questa fosse sempre una manifestazione tardiva: ora invece, specialmente con gli studii sul liquido cerebro-spinale, si è dimostrato quanto spesso il sistema nervoso è coinvolto nella sifilide primaria. Non v'è dubbio del resto, che molti dei sintomi della sifilide primaria (cefalea, stanchezza, insonnia) sono prodotti dall'invasione degli spirocheti nei larghi spazi linfatici del sistema nervoso centrale, specialmente in quelli comunicanti con i ventricoli cerebrali. I parassiti vengono poi scacciati dalle forze della natura, o dai rimedii adatti; in altri casi invece, all'invasione segue un periodo in cui gli spirocheti prendono sicuro possesso dei tessuti, e lo dimostrano, anche dopo parecchi anni, con fenomeni distruttivi.

*Manifestazioni cliniche.* L'enumerazione di queste comprenderebbe tutta la patologia nervosa; è sufficiente quindi limitarsi alla discussione dei sintomi più importanti e comuni. Presi individualmente, questi sintomi non hanno nulla di caratteristico: la cefalea è la stessa che si osserva in forme meningee, ed è stato esagerato il valore delle esacerbazioni notturne, la neurite ottica non differisce da quella causata da un tumore. Più importante invece è l'aggruppamento dei sintomi, ed il modo con cui si presentano e si svolgono. Affatto caratteristiche sono le variazioni nella intensità e la molteplicità dei sintomi; ad un certo periodo predominano i sintomi meningei, poco più tardi quelli cerebrali o vascolari; gli uni possono regredire, gli altri svilupparsi. Tale variabilità coincide con l'invasione e la distruzione dei diversi tessuti. Di regola si può diagnosticare il punto più importante della lesione considerando l'ordine di sviluppo dei fenomeni ed il loro aggruppamento: per esempio, i sintomi precoci, dovuti ai nervi cranici, si trovano quando le meningi della base sono le sede delle lesioni, invece i fenomeni di irritazione motrice indicano che il processo si trova alla convessità.

L'A. limita le sue osservazioni alle malattie sifilitiche meningo-vascolari, comprendendovi la sifilide parenchimatosa cerebrale, la demenza paralitica e le gomme. I sintomi principali sono i seguenti:

*Cefalea.* — È il più costante in ogni forma, e spessissimo è il disturbo di cui maggiormente si lagnano questi infermi. È soggetta ad esacerbazioni parossistiche e viene descritta con ogni specie di aggettivi: pulsante, perforante, lacerante, terribile. Generalmente prende tutta la testa; qualunque intervento la peggiora, salvo l'assoluto riposo. Quando il processo predomina alle meningi della convessità la percussione del cranio è spesso dolorosa; quando predomina alla base si nota spesso rigidità del collo, paralisi oculari, emianopsia; quando sono affetti il ganglio di Gasser o i punti d'uscita del quinto paio vi è una profonda iperestesia di questo nervo.

Ciò che è importante a notarsi è che la cefalea può essere l'unico sintomo, e nulla di caratteristico esso presenta; può anche rivelarsi come emicrania semplice, in cui i segni fisici riconosciuti come patognomonici (segno di Argyll-Robertson) possono essere assenti, e la diagnosi si può fare e confermare solo con le prove di laboratorio.

Può essere associata con vertigini, vomiti e neurite ottica; in tali casi il tumore cerebrale

può escludersi solo in seguito all'esame del siero o del liquido cerebro-spinale. La cefalea sifilitica è ricorrente, e ritorna dopo periodi anche lunghi di calma: l'A. cita il caso di una donna la di cui storia si può così riassumere: a 22 anni infezione; a 27 cefalee e disturbi vivissimi scomparsi dopo il trattamento, a 31 paralisi del VII paio scomparsa dopo le frizioni; a 33 paralisi del III paio migliorata dopo iniezioni mercuriali; a 36 cefalea e stato depressivo, scomparsi dopo una buona cura con mercurio e salvarsan. Reazione di Wassermann negativa per 2 anni; a 39 anni nuovamente cefalea con Wassermann positiva.

*Disordini della personalità.* — La sifilide è, con l'alcoolismo, la malattia che maggiormente provoca tali disordini, i quali variano da leggere inosservanze alle convenienze sociali, all'assoluta liberazione da quelle inibizioni sulle quali è fondata la buona condotta. L'individuo diventa trascurato nel linguaggio, negli affari, oppure si ritiene perseguitato, o è depresso, inerte. Tali alterazioni di carattere debbono però essere ricercate dal medico, poichè difficilmente vengono accusate dal paziente o dai familiari. Di solito sono interpetrate come neurastenia.

*Disordini del sonno.* — L'insonnia, in un periodo o nell'altro, si verifica in ogni caso di sifilide cerebrale; spesso è dipendente dalla cefalea, raramente costituisce però il sintomo principale. L'insonnia, non influenzata dal trattamento, prolungata, non dipendente da dolore, è spesso un sintomo premonitorio della demenza paralitica.

*Disturbi motori* (eccetto le paralisi dei nervi cranici). — Sono frequenti e si osservano nella maggioranza dei casi di sifilide meningo-vascolare, specialmente con predominanza dell'elemento vascolare. Si osservano di solito i sintomi premonitorii dell'attacco (cefalea, vertigine, senso passeggiero di incertezza nella stazione eretta o nel camminare, sensazione di torpore alle estremità, con stato mentale indescrivibile, di ansietà, apprensione, depressione). Qualche volta, invece, l'individuo va a letto in buono stato di salute, ed, al mattino, si sveglia emiplegico. Sono comunissime anche la manifestazioni mentali ed emozionali. In un individuo sotto i 30 anni l'emiplegia che si sviluppa gradatamente, oppure anche in attacchi, preceduta da qualcuno dei sintomi accennati, non accompagnata da perdita di coscienza, oppure invece con perdita molto prolungata di coscienza, e seguita precocemente dallo stato spastico, è quasi certamente di origine sifilitica. Il dubbio cessa quando si noti altresì la mancanza del riflesso pupillare alla luce, oppure vi siano nell'anamnesi degli attacchi passeggieri di diplopia. La diagnosi può essere confermata dalle prove di laboratorio; occorre però notare che la Wassermann è frequentemente negativa nell'endoarterite sifilitica; la reazione, ad ogni modo, è bene sia ripetuta.

*Paralisi dei nervi cranici.* — Come è stato notato dagli autori, i nervi cranici sono spesso coinvolti nella sifilide cerebro-spinale, ma vi sono di questa molto più casi di quanto si riteneva che decorrono senza tale manifestazione. Il nervo preso più frequentemente è il terzo paio e ne risulta diplopia e ptosi palpebrale. Possono essere effette tutte le branche o una sola, generalmente di un solo occhio. La paralisi si sviluppa gradatamente, spesso con manifestazioni intermittenti, e scompare, spesso senza trattamento. Può esservi associata la paralisi altresì del quarto e del sesto paio.

Dopo l'oculo-motore, viene affetto, in ordine di frequenza il nervo ottico; talora la neurite ottica o l'atrofia postneuritica costituiscono il sintomo predominante e gli ammalati ricorrono dapprima all'oculista. Spesso la diagnosi col tumore cerebrale è impossibile senza il soccorso del laboratorio.

Gli altri nervi cranici sono affetti con minore frequenza, e solitamente si notano altri sintomi di partecipazione meningo-vascolare. La sordità che si verifica subitaneamente o gradatamente, in un individuo sano, con disordini dell'equilibrio, ronzii specie se con leggiera vertigine, devono sempre destare il sospetto dell'origine sifilitica.

Il sintomo obbiettivo più notevole è sempre quello di Argyll-Robertson, che, secondo la maggior parte degli autori, non si nota in malattie non sifilitiche. Esso però raramente si trova nei primi stadii della sifilide meningo-vascolare, cioè quando la malattia consiste solo in un modico essudato meningeo, soggetto a variazioni; le pupille invece perdono il riflesso alla luce quando il processo diventa cronico oppure l'infiltrazione meningo-vascolare è profonda.

*Disordini nella sfera sensitiva.* — I dolori reumatici o neuralgici in differenti parti del corpo sono sintomi costanti, ma devono essere ricercati dal medico, poichè adombrati da altri sintomi predominanti.

*Prevenzione e trattamento.* — Una buona cura antisifilitica può generalmente prevenire lo sviluppo della sifilide cerebrale; in alcuni casi essa però fallisce, quando gli spirocheti penetrano, entro pochi giorni dall'infezione, nello spazio linfatico perivascolare, prima ancora che sia completamente sviluppata la lesione locale primitiva; allora nessuno sforzo dell'arte medica e nessuna produzione di anticorpi da parte dell'individuo può sloggiarli o distruggerli.

Il trattamento vero e proprio della sifilide consiste nell'uso adeguato del salvarsan e del mercurio, *da iniziarsi al più presto* dopo l'infezione e continuarsi fino a che le manifestazioni biochimiche della malattia abbiano cessato, mantenendo il metabolismo nell'individuo il più vicino possibile alla norma; il medico deve poi sorvegliare l'ammalato per mesi ed anni vigilando che non si verifiche alcuno dei sintomi sospetti. Come indice può sempre servire la reazione di Wassermann.

Si deve poi eliminare il pregiudizio che lo joduro di potassio sia attivo contro gli spirocheti: secondo l'A. esso non ha più diritto di essere considerato come antisifilitico, di quelli che abbia per essere ritenuto antitubercolare. Arsenico e mercurio debbono venire somministrati quando la sifilosi è ancora suscettibile di trattamento, cioè durante lo stato di sensibilizzazione dei tessuti nervosi per mezzo degli spirocheti. Nella somministrazione di questi due rimedi si compendia la cura della sifilide: somministrarli successivamente e bene è un'arte che non si acquista che con l'esperienza.

A. FILIPPINI.

## PATOLOGIA DEL RICAMBIO.

### Il metabolismo dell'azoto nelle malattie della pelle.

(H. L. TIDY. *The Quarterly Journal of medecine*, genn. 1915).

Gran parte delle ricerche compiute intorno al metabolismo nelle dermatosi sono state rivolte allo studio dell'eliminazione dell'azoto per la via delle urine. Molte di queste ricerche sono state fatte su soggetti tenuti a dieta ricca di purine; e perciò è importante conoscere la secrezione dell'acido urico che si ha nella dieta mista. Dai fisiologici dell'*University College* è stato dimostrato che l'azoto dell'acido urico costituisce l'1.54 % dell'azoto totale. Maillard lo ha trovato nella proporzione dell'1.43 % nei soldati francesi. Si può ritenere che l'1.54 % rappresenti la media della secrezione d'acido urico nei soggetti normali a dieta mista.

Quanto all'azoto che si elimina attraverso la superficie cutanea, si ammette in generale che, a parte la perspirazione visibile, esso è appena di pochi decigrammi al giorno. Per un uomo di 70 chilogrammi ed in condizioni di vita normale, la perdita giornaliera di azoto attraverso la pelle è stata calcolata circa 1/3 di gr.

I rapporti fra alcuni stati della pelle ed i disturbi gastro-intestinali sono stati riconosciuti da molto tempo. Partendo da questo concetto, in epoche diverse sono state attribuite ai disturbi intestinali tutte le malattie generali e le alterazioni locali della pelle. Queste vedute portano all'esame delle urine con lo scopo di trarne le prove dell'alterato ricambio.

Tenneson e Lyon nel 1888 esaminarono tutti i giorni le urine in due casi gravi di dermatite erpetiforme per un periodo di parecchi mesi. La sola analisi qualitativa fu quella dell'urea. La secrezione giornaliera di azoto sotto forma di urea varia da gr. 5.8 a gr. 3.0. Essa scendeva ad un livello minimo prima di una recidiva della dermatosi. In un altro caso, la secrezione variava da gr. 9.3 a gr. 5.7 al giorno. Su questa povera secrezione di urea molte teorie dell'auto-intossicazione sono fondate. È notevole ancora che la secrezione d'urea cade al suo minimo grado prima di ogni esacerbazione dell'eruzione.

Bar e Tissier hanno esaminato la secrezione dell'urea nel caso di una donna nella quale la dermatite erpetiforme si era sviluppata in tre gravidanze successive. Essi hanno osservato che l'urea cade al minimo al manifestarsi di una riacutizzazione, e dopo sale di nuovo. La paziente presentava albuminuria e raccontava di aver avuto nefrite. Di qui la teoria che la dermatite erpetiforme sia una forma cutanea di uremia. A questa teoria è stata contrapposta la teoria nervosa, in favore della quale si sono schierati Gaucher e Claude. In molti casi di dermatite l'albuminuria manca. Ma tutto ciò non esclude la possibilità di rapporti fra la dermatite ed alcune anormalità del rene.

Wilenski in una tesi di Parigi del 1895 studia sotto varî aspetti la dermatite erpetiforme e viene alle conclusioni seguenti: che in essa molto spesso si ha una forte diminuzione nella secrezione d'urea; che qualche volta si ha albuminuria, dovuta a nefrite cronica, la quale decorre parallela alla dermatite, e che quindi nefrite e dermatite sarebbero due condizioni dovute ad una sola causa generale, l'*artritismo;* che la diminuita secrezione d'urea probabilmente è la conseguenza d'una insufficienza renale e di un disturbo della nutrizione, ambedue dipendenti dall'artritismo; i prodotti escretorî in rapporto all'alterata nutrizione si accumulano nell'organismo e mediatamente al sistema nervoso centrale producono le alterazioni cutanee della dermatite erpetiforme.

Alla teoria dell'artritismo è succeduta quella dell'*auto-intossicazione*. Leredde nella dermatite erpetiforme ha osservato forti oscillazioni nella secrezione dell'urea. Pini in un caso di pemfigo vegetante ha riscontrato diminuzione d'urea. Andry, Gérard e Dalons in un caso

di pemfigo cronico notarono grandi variabilità nella secrezione dell'urea ed aumento della secrezione dell'acido urico, osservazione quest'ultima fatta per la prima volta, e che assumerà importanza maggiore per i lavori più recenti di cui diremo. Allgeyer in due casi di dermatite erpetiforme osservò talvolta aumento, tal altra diminuzione dell'urea.

Quest'ultimo lavoro è interessante perchè riflette le vedute della scuola tedesca. La scuola francese ha sempre sostenuto che le malattie cutanee sono in rapporto con disturbi interni dell'organismo, ed ha cercato di dimostrare questo concetto mediante l'esame delle urine. La scuola tedesca e viennese, influenzata grandemente da Hebra, in linea generale ha negato questo rapporto patogenetico, ed ha sostenuto che le dermatosi sono espressione di un semplice disordine della cute di varia natura.

Hardouin nel 1900 esaminò per più mesi la secrezione dell'urea in due casi di dermatite erpetiforme, e constatò un rapporto costante fra le variazioni del tasso dell'urea e le esarcebazioni dell'eruzione cutanea.

Nel secondo caso si verificava l'eruzione quando la secrezione dell'urea era minima, e nel primo soltanto quando questa superava sensibilmente il minimo. In ambedue i casi il minimo era di circa 4 grammi. Hardouin conclude che la recidiva dell'eruzione è preceduta da un periodo di deficiente secrezione d'azoto.

Vi è una grande somiglianza fra i risultati delle varie ricerche, ed in base ad essi dagli AA. è stata sostenuta la teoria che l'iposecrezione dell'urea implica una ritenzione di sostanze tossiche nell'organismo, la presenza delle quali determina le lesioni cutanee.

Dopo il 1900 autori di altre nazioni ripresero queste ricerche e le eseguirono in altre condizioni e su basi differenti. Il concetto generale messo in luce con queste ricerche è che le sostanze tossiche vengono elaborate nel metabolismo delle sostanze proteiche, e che queste sostanze tossiche sono la causa dell'eruzione. Più grande è la quantità delle proteine disintegrate, e più grande è la quantità delle tossine prodotte.

E quindi i disordini funzionali della pelle sarebbero l'indice di un metabolismo eccessivo di proteine, dimostrato dall'aumentata secrezione d'azoto. Ciò sarebbe l'opposto della ipoazoturia della scuola francese: secondo la scuola francese, la quantità di tossine sarebbe normale, mentre sarebbe deficiente la secrezione di esse e quindi si avrebbe la ritenzione di sostanze tossiche. Secondo la scuola tedesca e di altri paesi si avrebbe un eccesso di sostanze tossiche, causa delle alterazioni morbose della pelle.

Stüve in un caso di pemfigo vegetante ha ricercato se vi fossero aumenti patologici nella disintegrazione delle sostanze proteiche, ripetendo le sue indagini per sette giorni consecutivi, durante i quali l'infermo fu tenuto in una dieta rigorosa e con razione di sostanze azotate ben precisata.

Dai dosaggi bene accertati dello Stüve risulta che il suo paziente eliminava ogni giorno un grammo d'azoto meno della quantità ingerita, contrariamente ai risultati che l'A. s'aspettava. Ma l'A. si dà ragione di questi fatti, ed afferma che nel pemfigo vegetante si ha una disintegrazione anormale di sostanze proteiche.

In una serie di casi di *lichen planus* Radaeli nel 1901 ha ricercato se vi fosse aumento nella secrezione dell'azoto. Più importante il lavoro del 1903, nel quale egli fa un lungo studio del metabolismo nelle varie forme di pemfigo e pemfigoidi.

Le ricerche in questa serie di casi furono intraprese allo scopo di osservare se nel pemfigo e nelle eruzioni bollose in genere si abbia un aumento della eliminazione dell'azoto. Gli esami delle urine in molti casi furono praticati fra un periodo eruttivo e l'altro, poichè, secondo il concetto patogenetico sostenuto dall'A., il disturbo costituzionale doveva sempre persistere. In molti casi risulta evidente il rapporto fra la gravità dell'eruzione e la ritenzione di azoto.

Il significato del termine «ritenzione d'azoto» nei riguardi di queste e delle seguenti ricerche merita di essere chiarito. La ritenzione d'azoto si apprezza dalla differenza fra la quantità d'azoto ingerito coi cibi e la quantità d'azoto che passa fuori del corpo tra i rifiuti organici. Ordinariamente, fra questi rifiuti, si prendono in considerazione le urine e le feci, si ritengono trascurabili le piccole quantità d'azoto che vengono eliminate attraverso la pelle. Ma nelle dermatosi la quantità d'azoto che si perde attraverso la pelle deve essere di parecchi grammi al giorno.

In favore delle conclusioni del Radaeli depongono i risultati ottenuti nel 1905 dal Selenew in un caso grave di pemfigo foliaceo, nel quale l'A., oltre le urine e le feci, raccoglieva più che poteva i prodotti di desquamazione durante il periodo delle ricerche, e ne apprezzava il contenuto in azoto. Egli notava una differenza di 10 gr. al giorno fra l'azoto della dieta e quello contenuto in tutti i prodotti di rifiuto dell'organismo; e l'attribuiva all'essudazione sierosa ed alle squame che non potevano es-

sere raccolte. L'A. al contrario commetteva un errore evidente, perchè dava tale un eccesso di azoto nei pasti, che l'incapacità del paziente a sopportare tale dieta veniva dimostrata dalla quantità di azoto eliminato con le feci (grammi 3.5-3.9).

Gaucher e Desmoulières nel 1904 sostennero l'opinione che l'eczema e la psoriasi fossero due variazioni di una medesima lesione cutanea, e dimostrarono che nelle due affezioni l'esame delle urine dava gli stessi risultati, cioè una diminuita secrezione di azoto, con una diminuita proporzione di urea. Da ciò essi arguivano che vi fosse una incompleta scomposizione delle sostanze proteiche e quindi un eccesso di produzione di sostanze estrattive, che determinavano nelle due malattie uno stato di diatesi auto-tossica. Questo lavoro fu ripreso poi da Brocq, Desgrez, ecc., con lo scopo di dimostrare che nella psoriasi non vi sono alterazioni caratteristiche nelle urine.

Questi due lavori, secondo l'A., segnano la fine della vecchia scuola francese, che riduceva queste ricerche a pochi dosaggi dell'urea, senza porre nessuna attenzione alla dieta, alla temperatura, al peso del corpo, ecc.

Nel 1906 il Folin pubblicò le sue ricerche sul ricambio dell'azoto in soggetti normali, dimostrando come questi esperimenti debbono essere fatti con la massima cura prima di poter venire alle conclusioni.

Considerando la questione al punto dov'era nel 1906, i risultati ottenuti e le varie teorie proposte si possono così riassumere:

1° Si è ritenuto che la secrezione dell'urea sia costantemente inferiore al normale in tutte le dermatiti diffuse, e perciò alla ritenzione di azoto fu attribuita la causa di alcune dermatosi.

Questa teoria prevale nella scuola francese, la quale ascrive tutte le malattie della pelle all'*artritismo,* concetto fondato sul fatto che molte lesioni cutanee possono avere rapporto con l'uricemia.

2° Si è detto che il rapporto dell'azoto ureico con l'azoto totale è inferiore al normale in certe condizioni: il ricambio dell'azoto sarebbe incompleto, la quantità delle sostanze estrattive sarebbe più alta del normale, la presenza di queste sostanze estrattive determinerebbe le lesioni cutanee. All'*artritismo* della prima teoria si sarebbe sostituito il termine dell'*auto-intossicazione.*

3° Dal tempo delle prime ricerche si era osservato che l'eliminazione dell'urea era più deficiente nei periodi non eruttivi, per aumentare durante l'eruzione: ciò proverebbe che lo stato della pelle era il risultato dei disturbi del ricambio.



4° Infine si è ammesso che in generale le dermatosi si hanno quando il metabolismo proteico è più intenso del normale: l'eccessiva disintegrazione produrrebbe un eccesso di tossine, le quali determinerebbero le alterazioni della cute. L'organismo perciò eliminerebbe una quantità d'azoto maggiore di quella ingerita.

Al contrario è dimostrato che nelle dermatosi generalizzate durante il periodo eruttivo si ha scarsa eliminazione di urea e di azoto, e che questa anomalia si verifica prima della comparsa dell'eruzione.

Nello studio di quest'argomento sono singolarmente importanti i seguenti quesiti: 1° L'eliminazione totale dell'azoto è deficiente per le vie ordinarie delle urine e delle feci? 2° Il tasso dell'urea o dell'acido urico è anormale in senso assoluto o relativamente all'azoto totale? 3° Tali alterazioni sono caratteristiche di ogni forma speciale di dermatite? 4° Qual'è la causa di queste alterazioni?

### *Ricerche recenti.*

Notevole è il lavoro di Johnston e Schwartz sul metabolismo di alcune malattie della pelle, e particolarmente di questi tre gruppi di malattie: eritemi ed orticaria, eruzioni bollose, eruzioni squammose. Alcune osservazioni riguardano tutti e tre i gruppi: tracce di albuminuria si riscontrano nella terza parte circa dei casi e scompaiono quasi sempre quando si ha la guarigione; il grado d'indacanuria è molto mutevole e non è in rapporto con la gravità dell'eruzione nè con disturbi intestinali. Gli AA. non hanno dosato la quantità di azoto ingerito. Quanto all'azoto eliminato, essi hanno osservato che le variazioni massime si hanno nel periodo prodromico dell'eruzione, che l'alterazione più frequente nel ricambio è la deficienza nella sintesi dell'urea. Ogni periodo eruttivo della dermatosi fu sempre preceduto da diminuzione della secrezione d'urea.

Schamberg ed altri nel 1913 hanno pubblicato un lavoro completo sul metabolismo dell'azoto nella psoriasi. Le loro conclusioni sono le seguenti: nella psoriasi si ha costantemente una notevole ritenzione d'azoto, proporzionatamente in genere all'estensione ed alla gravità dell'eruzione; l'azoto è ritenuto ed immagazzinato nell'organismo; la ritenzione d'azoto non sempre è compagna di un aumento corrispondente del peso del corpo; la ritenzione è maggiore quand'essa è stata osservata anche in altre circostanze e quando si verifica con una dieta che in condizioni normali non turberebbe l'equilibrio dell'azoto; a tutta dieta la ritenzione d'azoto può salire fino ad 11 gr. al giorno; essa

non è dovuta a disturbi renali; nella maggior parte dei casi la ritenzione è maggiore di quanto potrebbe essere messo a conto della perdita di proteina per via delle squamme; la ritenzione talvolta persiste dopo la fine della desquamazione.

Una persona che aumenti di peso rapidamente per un lungo periodo, per esempio dopo una malattia acuta, di necessità deve presentare una forte ritenzione d'azoto. Gli AA. hanno dimostrato che nella psoriasi si può avere persino diminuzione di peso per parecchi mesi (fino ad 1-2 kgr. per es.), ed aversi insieme una forte ritenzione d'azoto che in un caso fu cumulativamente di 350 gr. per tre mesi, corrispondenti a circa kgr. 2.5 di proteine.

I pazienti di psoriasi possono ritenere forti quantità d'azoto anche se sottoposti ad una dieta, nella quale un soggetto normale non potrebbe mantenere l'equilibrio d'azoto, ma ne perderebbe rapidamente.

Così gli AA. dimostrano che la ritenzione di azoto non è dovuta a disturbi della funzione renale per cui sia diminuita la capacità secretrice dell'azoto.

Gli AA. ritengono che la ritenzione d'azoto persista anche dopo la cessazione della desquamazione, ma ciò è difficilmente dimostrabile, perchè la tendenza dell'organismo ad aumentare di peso durante la convalescenza complica i risultati delle analisi, tendenza che è favorita dal cambiamento di dieta che si fa di solito quando la malattia volge a guarigione. Inoltre la ritenzione è proporzionale alla gravità dell'eruzione, e quindi essa può aversi soltanto molto lieve dopo la cessazione della desquamazione: in queste condizioni è impossibile trarre conclusioni, a meno che la dieta non sia tale che con essa in soggetto normale la quantità d'azoto eliminata non sia superiore a quella ingerita.

Rimangono ancora ad esaminare i quesiti seguenti: la ritenzione si verifica soltanto nella psoriasi? l'azoto ritenuto si accumula nell'organismo, oppure è soltanto apparente ed è bilanciato dalla perdita di proteine per mezzo delle squame?

A questo proposito gli AA. riferiscono i risultati delle analisi eseguite in tre casi di dermatite esfogliativa nel *London Hospital*. In un caso grave di eritrodermia risultò un'enorme ritenzione d'azoto per la durata di parecchi mesi.

Lo stesso risultato si ebbe in un caso di eritrodermia ricorrente, in cui fu evidente il rapporto proporzionale fra l'intensità della ritenzione e la gravità dell'eruzione nelle sue varie fasi.

In questi periodi non si ebbe un corrispondente aumento nel peso del corpo. Dunque in questi due casi di eritrodermia si ebbe lo stesso fenomeno della ritenzione osservato nella psoriasi.

Lo stesso si può riconoscere in un caso di dermatite erpetiforme di Radaeli (1903) ed in un caso di pemfigo foliaceo di Selenew (1905).

La ritenzione d'azoto non è esclusiva di una speciale forma di dermatite: probabilmente essa si verifica in tutti i casi in cui la pelle è diffusamente colpita da processi flogistici o proliferativi.

Ma qual'è la sorte dell'azoto ritenuto? Sono state ammesse parecchie possibilità.

1ª Schamberg ed altri ritengono che nella psoriasi si abbia un vero immagazzinamento di azoto nei tessuti. Si ritiene che l'accrescimento e la proliferazione delle cellule epiteliali della pelle consumi un'enorme quantità di sostanze proteiche. Il calcolo delle grandi quantità di azoto ritenute per parecchi mesi in casi di psoriasi e di eritrodermia dimostra che è impossibile vi sia stato un vero accumulo di azoto nei tessuti senza un corrispondente aumento del peso del corpo. Perciò bisogna pensare che l'azoto in eccesso venga eliminato per altre vie che non siano le feci e le urine.

2ª Si è pensato che l'azoto potesse prendere altre vie che non fossero quelle della pelle, ma nessun fatto starebbe a dimostrarlo.

Non è stato mai dimostrato che si possa avere perdita d'azoto per le vie bronciali sotto forma di composti volatili ammoniacali o d'altra natura.

3ª È innegabile la gran perdita d'azoto per la via della pelle, dimostrabile raccogliendo le squame che si eliminano ed apprezzandone il contenuto in azoto. Questi procedimenti però presentano difficoltà non lievi: in nessun caso il computo delle quantità d'azoto così eliminate ha superato un grammo.

In condizioni normali è stato dimostrato che si ha una perdita di circa 1/3 di gr. al giorno. Burgsdorf in un caso di dermatite esfoliativa ha riscontrato una perdita di 0.82 gr. al giorno in media. In un caso di psoriasi Quinquand ha trovato una perdita di gr. 4.24 al giorno per un mese. Von Noorden ha avuto una media di gr. 3.94 al giorno per 24 giorni in un caso di psoriasi.

Quanto alla perdita del siero, von Noorden ha tenuto un infermo affetto di pemfigo vegetante in un bagno costante per 24 ore: nell'acqua fu dimostrata la presenza di 5 gr. d'azoto. In questi calcoli però non mancano cause d'errore.

Da queste e da altre ricerche si può concludere che indubbiamente la ritenzione d'azoto os-

servata in tutte le varietà di dermatite sia apparente, e va spiegata con la perdita d'azoto attraverso la pelle malata.

Il tasso dell'azoto totale nelle urine in alcuni casi di dermatosi è straordinariamente basso. In un caso di psoriasi fu riscontrato di gr. 1.88 al giorno con dieta molto ristretta, ciò che non si è mai osservato all'infuori dell'insufficienza renale. Lo stesso si ha nella dermatite esfogliativa.

Apparentemente i prodotti di scomposizione delle sostanze albuminoidee ingerite vengono quasi totalmente eliminati attraverso la pelle, mentre l'azoto della urina deriverebbe principalmente dal metabolismo endogeno.

Gli AA. inoltre hanno studiato l'eliminazione dell'acido urico nella dermatite esfogliativa. È ammesso generalmente che in svariate affezioni cutanee si abbiano disturbi del ricambio, per es. nel diabete e nel xantomasi, è ritenuto che molte malattie della pelle siano di origine *gottosa,* e fra queste alcune forme di eritrodermia. Da questo punto di vista è stato studiato l'andamento della secrezione dell'acido urico.

Nei casi di dermatite esfoliativa la secrezione dell'acido urico è aumentata non soltanto relativamente all'azoto totale, ma anche in senso assoluto. Questa secrezione è più intensa nei periodi in cui l'eruzione è più acuta e più grave. È notevole che in nessun caso la leucocitosi fu superiore a 8000 per cmc. e che si ebbe sempre un decorso quasi afebbrile.

Nei tre casi esaminati si trattava rispettivamente di eritrodermia primaria, di eritrodermia ricorrente e di eritrodermia secondaria all'uso dell'olio di cade. Siccome in tutti i tre casi si ebbe un aumento nelle secrezioni dell'acido urico, è da pensare che questa sia stata la conseguenza e non la causa della dermatite.

Negli strati profondi della pelle in questi casi il metabolismo dev'essere anormalmente aumentato. Nella dermatite esfoliativa generalizzata i processi flogistici proliferativi e distruttivi delle cellule devono essere straordinariamente attivi. E però è da ritenere che l'aumento dell'acido urico d'origine endogena debba derivare la queste condizioni morbose della cute.

È notevole che in un caso la secrezione dell'acido urico era aumentata anche quando la eruzione era clinicamente assente. È probabile che le condizioni degli strati profondi della pelle non fossero ritornate al normale. Analogamente nel diabete la glicosuria è l'espressione esterna dell'iperglicemia, ma questa può persistere ancora quando quella è scomparsa. Ciò spiegherebbe anche la persistenza della ritenzione d'azoto dopo la guarigione dell'eruzione nella psoriasi. Le ricerche istologiche ed istochimiche possono dirimere la questione.

Le condizioni anormali della pelle possono preesistere e possono sussistere all'eruzione, ciò che spiegherebbe l'ipoazoturia osservata prima della comparsa dell'eruzione.

Non si hanno dati sicuri circa la secrezione di altri composti azotati (ammoniaca, creatinina, amino-acidi).

Da tutti i risultati passati in rassegna si possono fare importanti deduzioni pratiche agli effetti della cura di alcune dermatosi. Schamberg e Kolmer hanno avuto sensibile miglioramento nella psoriasi mediante una dieta a scarso contenuto di sostanze albuminoidi, benchè alla fine fosse necessario il trattamento locale per ottenere la guarigione completa. In tali circostanze la limitazione delle sostanze proteiche deve essere paragonata alla limitazione delle sostanze idrocarbonate nella glicosuria.

Si può concludere che:

1° le alterazioni dell'eliminazione dell'azoto in varie dermatosi sono il risultato delle condizioni morbose della pelle, e non sono in rapporto con la causa della malattia;

2° la ritenzione d'azoto è apparente e non reale, e si spiega con la secrezione anormale della pelle;

3° questo fenomeno può precedere la comparsa dell'eruzione e può persistere quando essa è scomparsa;

4° una dieta ipoazotata deve essere proposta in tutte le forme di dermatiti che presentano un'anormale secrezione dell'azoto.

P. SABELLA.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA.
**VI Padiglione diretto dal prof. G. PANEGROSSI.**

## Un caso di anemia grave progressiva trattato ripetutamente con 606

per il dott. R. BOMPIANI.

La terapia dell'anemia grave a tipo progressivo, qualunque sia l'origine: perniciosa del Biemer, sifilitica, malarica, cancerosa, ecc., si è avvantaggiata molto in questi ultimi anni mercè il nuovo preparato arsenicale dell'Ehrlich, il salvarsan, specialmente in quelle forme nelle quali le cure marziali non avevano sortito effetto utile ragguardevole.

Il caso che riferisco, mi sembra non privo di interesse in quanto si ebbe in una paziente che

come vedremo si era giovata molto di ripetute iniezioni di salvarsan e che venne a soccombere quando essendosi manifestati gravi fenomeni di intossicazione dovuti all'accumulo dell'As. nell'organismo, non si credette più opportuno sottomettere la donna a nuove iniezioni del preparato. Riferisco la storia:

Q... D..., di anni 45, entra nell'ospedale il 15 aprile 1913. Figlia d'ignoti, nulla di notevole nella anamnesi remota dell'infanzia. Mestruata a 15 anni, da ragazza ha avuto sempre corsi regolari. Maritata a 22 anni ha avuto una bambina attualmente vivente e sana, nessun aborto. Il marito è morto qualche anno indietro per emorragia cerebrale.

Circa la presente infermità la paziente riferisce che un mese dopo il matrimonio ammalò con forti dolori alle ossa che si accentuavano alla notte e che la costrinsero a letto per tre mesi. Da allora pur continuando a fare di tanto in tanto cure iodiche e saliciliche, era tormentata a lunghi intervalli dai suddetti dolori che però non le impedivano di accudire alle faccende domestiche. Solo quattro mesi addietro riferisce di avere avuto una nuova poussée di dolori acuti accompagnata da gonfiore dell'articolazione del polso destro. Contemporaneamente si è accorta che andava divenendo sempre più pallida e che un senso di debolezza accentuata le prostrava le forze. Accusava inoltre annebbiamento della vista, ronzii agli orecchi, confusione mentale. Soffriva di inappetenza quasi assoluta, alito fetido, spesso vomito, alvo stittico, urine piuttosto scarse e molto colorate.

Per ciò che riguarda le condizioni di vita la malata ci riferisce che ha sempre abitato in paese situato in posizione elevata, che ha sempre avuto alimentazione sufficiente, non ha mai abusato di vino o di altri alcoolici.

L'esame obbiettivo al momento dell'ingresso fa riscontrare un colorito intensamente pallido della cute che è bianco terrea e delle mucose visibili che sono quasi scolorate. Stato di nutrizione generale discreto, pannicolo adiposo abbastanza conservato, lievi edemi pretibiali. — All'esame del torace non si riscontra nulla a carico dell'apparato respiratorio; la punta del cuore è al V spazio sull'emiclaveare, la pulsazione è però visibile anche in corrispondenza del III spazio intercostale sulla parasternale. — All'ascoltazione soffio in primo tempo che accompagna il primo tono. Fegato: limite superiore è al margine inferiore della IV costola, limite inferiore si delimita con la percussione poco all'infuori del bordo costale inferiore. — Milza: limite superiore sull'ascellare anteriore IV spazio, anteriormente fra l'emiclaveare e l'ascellare anteriore si palpa 1. 1/2 cm. fuori dell'arcata costale, leggermente dolente. — Addome indolente, nulla agli organi genitali, urine piuttosto scarse: albumina e zucchero assenti. Temperatura subnormale.

Risultano negativi l'esame del sangue per la malaria e quello del bacillo di Koch nell'espettorato.

La conta dei globuli eseguita qualche giorno dopo l'ingresso dette: Emazie 1,680,000; Leucociti 4,200; Emoglobina 16 · Valore globulare 0.47.

Gli strisci dimostrano aniso- e poichilocitosi con presenza di macro e microciti, policromatofilia qualche emazia punteggiata.

La paziente appena accolta nel padiglione fu sottoposta ad una cura ricostituente generale con iniezioni giornaliere di glicero-fosfati e di cacodilato di sodio, ma non avendo dimostrato nel termine di un mese e mezzo alcun miglioramento si pensò di sottoporla ad iniezioni di salvarsan.

Il 6 luglio 1913 si cominciò con l'iniettarne per via endovenosa 30 ctg. La donna ebbe un lieve rialzo febbrile e l'esame del sangue praticato qualche giorno dopo, dimostrò che le condizioni ematiche non erano migliorate. — Si aveva infatti: emazie 1,300,000; leucociti 3,200; emoglobina 22; valore globulare 0.71.

Gli strisci davano lo stesso reperto che nell'esame precedente.

Il 30 luglio 1913. Si praticò una nuova iniezione endovenosa di 60 ctg. di salvarsan; la paziente ebbe temperatura febbrile che raggiunse i 38.5', vomito e subdelirio.

Qualche giorno dopo l'iniezione ci parve di poter notare un miglioramento nelle condizioni subbiettive ed obbiettive dell'ammalata e l'esame del sangue praticato il 23 agosto 1913 dette: emazie 2,800,000; leucociti 5,200; emoglobina 30; valore globulare 0.52.

Visto l'effetto utile dimostrato dall'iniezione del preparato arsenicale non ci peritammo di sottoporre la donna a ripetute iniezioni di salvarsan e nei soli tre mesi di settembre, ottobre e novembre la paziente ne ricevette sei per via endovenosa così distribuite:

6 novembre 1913, salvarsan ctg. 40; 16 settembre 1913, neosalvarsan ctg. 75; 28 settembre 1913, neosalvarsan ctg. 45; 13 ottobre 1913, salvarsan ctg. 60; 27 ottobre 1913, salvarsan ctg. 60; 15 novembre 1913, salvarsan ctg. 60.

Senza dire del miglioramento notato dalla paziente stessa dopo ciascuna iniezione, basterà riferire che essa il 4 dicembre 1913 poteva lasciare l'ospedale per fare le feste natalizie a casa, se non completamente ristabilita assai ben rimessa nelle condizioni generali e liberata dai disturbi che la tormentavano durante i primi mesi di degenza in padiglione. — L'esame del sangue fatto qualche giorno prima che la paziente lasciasse l'ospedale è testimone del grandissimo miglioramento ottenuto: si aveva infatti: emazie 4,080,000; leucociti 6,000; anche il reperto microscopico dimostrava una maggior tendenza dei corpuscoli rossi a disporsi a pila, e un minor numero di poichilociti.

Purtroppo il miglioramento ottenuto non ebbe che una durata effimera, poichè la donna tornata a casa, non avendo sufficienti cure della sua salute, ricadde ben presto in uno stato di profonda anemia e dopo poco più di due mesi da che aveva lasciato l'ospedale, tornò a noi in uno stato simile a quello nel quale si era presentata la prima volta. Accusava inoltre debolezza accentuata, vomiti e diarree frequenti.

L'esame del sangue praticato cinque giorni dopo l'ingresso e propriamente il 26 febbraio 1914 dette: emazie 1,480,000; leucociti 4000; emoglobina 18; valore globulare 0.71.

L'esame degli strisci rivelava anche questa volta anisocitosi e poichilocitosi intensa con macro e microciti, qualche policromatofilo ed emazie punteggiate.

Questa volta si pensò subito di sottomettere la donna a trattamento con salvarsan ed il 6 marzo 1914 si fece una prima iniezione endovenosa di 30 ctg. Si ebbe reazione intensa con brivido e temperatura di 39.5' polso 112 molle e regolare, vomito, albumina nelle urine. Questi fenomeni presto si dileguarono ed il 15 marzo 1914 si praticò una nuova iniezione di ctg. 45 di salvarsan. Forte reazione come per la precedente, ma passeggera e seguita il giorno dopo da senso di benessere. L'esame del sangue eseguito il 25 dimostra un miglioramento delle condizioni ematopoietiche perchè i globuli rossi sono saliti a 3,200,000 per mmc.

Il 29 marzo si pratica un'altra iniezione di salvarsan, 60 ctg., non seguita da disturbi. Il 7 aprile nuova iniezione di 60 ctg. di salvarsan Il 25 maggio si ripete l'iniezione di 60 ctg. e di nuovo il 16 luglio ctg. 15 (?) e il 28 luglio ctg. 45. Le condizioni generali sono abbastanza migliorate: il peso della paziente che nell'aprile era di Kg. 42.500 è salito nell'agosto a Kg. 48.600. È migliorato anche l'appetito e la capacità digestiva. Le urine sono in quantità pressochè normale.

Da questo momento lo stato di benessere comincia a diminuire e la paziente il 31 agosto accusa uno stato di malessere accompagnato da sudore profuso e prostrazione delle forze. L'esame del sangue praticato l'1 settembre rivela purtroppo anch'esso il rapido deperimento: infatti i globuli rossi sono 2,800,000; l'emoglobina 0.55; valore globulare 0.98; costante leucopenia.

Il 6 settembre si pratica una nuova iniezione di 40 ctg. di salvarsan, questa volta seguita da reazione febbrile assai intensa 39.5'-39.8'; dolore epigastrico irradiantesi a cintura e posteriormente; dolori articolari diffusi e reumatismo delle articolazioni radio carpiche e specialmente metacarpo falangee. Le dette articolazioni sono tumefatte ed arrossate ed il dolore impedisce anche i minimi movimenti.

Il 14 settembre compare sull'addome e sulla superficie flessoria degli arti un'eruzione a tipo morbilliforme che persiste per qualche giorno. La donna inoltre ha vomito e diarrea che le impediscono di nutrirsi; urine scarse: 300-400 cmc., prive di albumina. I dolori articolari nonostante la cura salicilica nell'ottobre persistono ancora e le condizioni generali continuano ad essere inquietanti. Nel novembre essendo peggiorato il reperto ematologico e non credendo opportuno sottoporre la paziente a nuove iniezioni di 606, se ne praticano alcune di elettro-marziolo e cacodilato di sodio, queste ultime seguite sempre da vomito.

Le condizioni generali però precipitano e il 2 gennaio 1915 l'esame del sangue dà: eritrociti 1,000,000; emoglobina 20; valore globulare 1.15. Il 20 gennaio la paziente muore.

L'autopsia eseguita dal prof. Marchiafava rilevò: nefrite cronica interstiziale con cisti semplice del polo superiore del rene sinistro, degenerazione grassa del miocardio, edema polmonare acuto, cisti semplice follicolare dell'ovaio destro, midollo osseo rosso diffuso con presenza di megaloblasti, emorragie retiniche.

Complessivamente la paziente prese dal luglio 1913 al novembre 1914 gr. 9.85 tra salvarsan e neo-, ripartiti in 16 iniezioni endovenose senza che nessuna, se si eccettui l'ultima, desse luogo a fenomeni locali o generali degni di nota. La reazione febbrile che si ebbe qualche volta e l'albuminuria riscontrata una sola volta dopo l'iniezione possono forse essere spiegate come vogliono la maggioranza degli AA. da inquinamento batterico dell'acqua distillata che serve a sciogliere il preparato, e per l'albuminuria è da ricordare che la paziente, all'autopsia fu riscontrata affetta da nefrite cronica intestiziale, la quale invero in vita non aveva dato gran segni di sè.

Per i fenomeni generali che seguirono l'ultima iniezione: febbre, cefalea, vomito, diarrea, dolori articolari, esantema ecc. può pensarsi siano dovuti ad una speciale sensibilizzazione — specie di anafilassi — che è stata ammessa ma non dimostrata da alcuni AA. in seguito alle ripetute iniezioni di salvarsan; o come io credo ad intossicazione per accumulo arsenicale nell'organismo, come ad altri esperimentatori è stato dato di osservare. Ad ogni modo è da notarsi la straordinaria tolleranza che ha l'organismo per il 606 se si pensi che una donna affetta da nefrite cronica ed in uno stato di deperimento organico assai eccentuato potè sopportare più del triplo della dose abituale per una cura antiluetica, pur seguitando ad introdurre arsenico sotto forma di cacodilato.

Ciò che poi riesce evidente dalla storia clinica riferita è come la donna per ben due volte sia stata risollevata alla vita con le iniezioni di salvarsan. Bastava la iniezione di 60 ctg. del preparato per constatare dopo uno o due giorni un miglioramento evidente nelle condizioni subiettive della paziente la quale cessava dal lamentarsi dei suoi disturbi e specialmente del senso di angoscia ed oppressione al respiro che continuamente l'affliggevano. Ma la prova inconfutabile dell'effetto utile è data dal comportamento del reperto ematologico: basta dire che le emazie in numero di 1,600,000 al momento dell'ingresso, raggiunsero 4,080,000 quando la paziente potè lasciar l'ospedale; e tornate ad 1,400,000 quando la donna si presentò la seconda volta, risalivano dopo due sole iniezioni a 3,200,000.

Anche l'effetto spiegato dal salvarsan sulla nutrizione generale è notevolissimo se si pensi che in una donna tormentata da vomito e da diarree e con così scarsa ematopoiesi riuscì a fare elevare il peso corporeo di più che 5 Kg.

Quale sia il meccanismo di azione spiegata

dal medicamento arsenicale in queste forme di anemia grave non ci è noto, e tanto meno lo è per l'anemia perniciosa del Biermer della quale ci è oscura l'etiologia. È probabile però che l'arsenico eserciti un'azione stimolante sui protoplasmi dei tessuti e che questa azione sia esercitata in modo più intenso e più rapido dal salvarsan probabilmente per speciali affinità chemiotropiche.

Tralasciando per ora questa questione, ciò che può desumersi dall'esame del caso presentato è l'effetto utile che piccole e medie dosi di salvarsan frequentemente ripetute esercitano sull'ematopoiesi e sul ricambio complessivo degli individui affetti da anemia progressiva.

BIBLIOGRAFIA

C. LEEDE. *Sur Frage der Behandlung der Anemie mit Salvarsan*. Munch. Med. Wochen., 1911 B, d. 22, s. 1184.

BRAMWELL. *Notes on two cases of perniciosus anemia treated by S.* Brit. Med. Journ. 1911.

ID. *The Salvarsan treatment of perniciosus anemia.* Brit. Med. Journ., 22, 1912.

HOBHOUSE. *Salvarsan in perniciosus anemia.* Brit. Med. Journ. 1912.

STEYER. *Perniziöse Anänie und Salvarsan.* Deut. Med. Wochen., 1912.

FRIEDLANDER. *Salvarsan in perniciosus anemia.* Journ. Am. Med. Assoc. 1912.

THEVENOT e BRISSAUD. *Modifications des Globules sanguins après iniection de 606.* Congr. de Med. de Lion 1911.

---

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

## Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del novembre 1915.

Presidenza: G. BOSCHI.

CAVAZZINI. *Sulla cosidetta albumina acetosolubile delle urine.* — L'A. ricorda che la prima volta fu trovata nelle orine del Patein (1889) e successivamente nel 1897 dal Reale e da altri; accenna alla questione attuale, se si tratti di una comune albumina, che acquista il carattere della solubilità per deficienza di sali nell'urina come sostengono alcuni, oppure si tratti di una sostanza proteica diversa dalla siero albumina.

Espone i risultati di alcune sue ricerche, le quali fanno vedere trattarsi di una globulina. Quando questa sostanza venga precipitata con alcool, si ottiene una sostanza, che dà le reazioni delle proteine, che è solubile in acqua distillata con piccole traccie di alcali, e che, bruciata, lascia un abbondante residuo minerale. Può darsi, che il contegno speciale della cosidetta albumina acetosolubile sia dovuto a particolari rapporti fra la sostanza organica e il materiale inorganico.

L'A. insiste sul fatto, che talvolta questa proteina è nelle orine in quantità relativamente grandi, epperciò con la prova dell'ebolizione soltanto in orina acidificata, con acido acetico, si corre il pericolo di dare assenti le proteine.

Incidentalmente aggiunge di aver trovato molto pratico come reattivo delle proteine l'acido salicilsulforico.

MODENA. *Le tonalità effettive nei malati di guerra* (presentata dal socio Boschi). — Per consiglio del prof. Boschi, il dott. Bruno Modena ha studiato nel Primo Riparto di medicina dell'ospedale militare di Riserva di Ferrara le tonalità dell'umore nei malati di guerra. Fu rilevata una percentuale alta di *depressive Zustände*, di grado lievissimo, quasi accenni di neurosi traumatiche di guerra. Ed anzi, appunto, in queste forme rudimentali l'A. vede, come Bruschi, il nocciolo sintomatologico e più tipico della detta malattia nervosa.

Non si confondano queste depressioni affettive patologiche dei soldati malati col morale dei soldati combattenti, che è quanto mai elevato. Le prime non sono *dirette* conseguenze psicologiche, ma verosimilmente sono reazioni *indirette* dello psichismo alla traumatologia di guerra, attraverso turbe organiche, simpatiche vasomotorie e viscerali. Il Modena anticipa a questo proposito un rilievo del prof. Boschi di frequenti note di basedowismo nei malati di guerra. Onde su queste parti del malato e sulla loro labilità va conversa l'attenzione, e non esclusivamente sulle manifestazioni psicologiche.

Il decorso suole essere assai benigno e rapido, col solo riposo e colla igiene, in rapporto colla malattia fisica.

L'A. ne argomenta la grande importanza che ha per il medico militare una certa conoscenza della psichiatria e neuropatologia. E inoltre il monito di non lasciarsi illudere, nell'apprezzamento del grado della malattia fisica, dall'aspetto di prostrazione presentato dal paziente; potendo essere questo, non un segno di grave malattia fisica, ma di una lievissima turba psichica. Con questa nozione molti malati potrebbero essere trattenuti in Depositi di prima linea o vicinissimi al fronte, anzichè essere sgomberati lontano da questo: avrebbero così semplificato il decorso, per la sua natura, come s'è detto, benigno e rapido.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Sulla patogenesi della colelitiasi.

Osservazioni cliniche e studi sperimentali sono stati punti di partenza di svariate teorie sulla genesi dei calcoli biliari: oltre la ipotesi umorale di Bouchard, per cui la formazione di calcoli sarebbe effetto di un ricambio materiale rallentato, si è messa in rapporto la precipitazione della colesterina con disturbi della nutrizione, per effetto di una alimentazione troppo ricca di tale sostanza, che avrebbe la proprietà di depositarsi nella vescichetta biliare. Quello ad ogni modo che nel capitolo della patogenesi delle colelitiasi sembra oggi assodato è che per la genesi e la formazione dei calcoli occorrono due fattori insieme: stasi biliare ed infezione biliare, quantunque alla necessità della concomitanza di questi due fattori si oppongano molti, tra i quali Aschoff e Bacmeister.

Due anni fa Satti e Torri pubblicarono che negli animali splenectomizzati, cui si procurava stasi biliare mediante allacciatura del coledoco, si vedevano produrre calcoli nella cistifellea vari per aspetto, dimensioni e struttura chimica.

Questa comunicazione, che avrebbe aperto un nuovo indirizzo alla ricerca delle cause della calcolosi biliare, è stata oggetto di studi di controllo da parte del Tori (*Pathologica*, n. 148, 1915).

Egli ha esperimentato su 41 conigli. In 10, nei quali era stata praticata l'allacciatura dei vasi splenici, con consecutiva necrosi della milza, e la legatura e la sezione del coledoco, non fu trovato mai nessun segno di calcolosi; uguale assenza di calcoli in altri 30 animali con splenectomia e legatura nonchè recisione del coledoco; in un coniglio solo, operato anch'esso di splenectomia, calcolosi biliare evidente. In questo unico caso positivo fu però constatata, a differenza degli altri 40 casi, presenza del *bacterium coli* nella bile.

Dal complesso di queste esperienze risulta come la milza non entri nella genesi della calcolosi biliare: nè l'unico caso positivo, ora riportato, può servire a stabilire rapporto fra calcolosi e splenectomia, poichè appunto in esso esistevano i due fatori, che clinicamente e sperimentalmente si sono dimostrati origine di calcoli biliari, cioè la stasi e l'infezione.

Un'altra serie di esperienze ha il Torri contemporaneamente istituita: la ricerca cioè se un aumento della emolisi e conseguentemente del lavoro epatico potesse influire sulla produzione dei calcoli. A tal uopo in animali con coledoco sezionato ha iniettato dosi crescenti di toluilendiamina, veleno eccellentemente emolitico. Nessun caso ha dato risultato positivo: in ogni caso ha trovato nella cistifellea, dilatata ed ispessita, una poltiglia abbondantissima, omogenea, senza traccia di calcoli. Costantemente la milza era ingrandita (tumore spodogeno di Ponfick) per l'accumularsi in essa degli elementi del sangue distrutti.

G. SABATINI.

### Il trattamento della colelitiasi.

La prima questione che sorge, osserva Otto Lerch (*Med. Record*, 1915, 25 sett.), è quella di decidere se sia o non necessario un intervento operativo. Le opinioni sono molto diverse a questo proposito: alcuni ritengono che, fatta la diagnosi di coletitiasi, si debba subito operare, riservando il trattamento medico a pochissimi casi; altri invece, e sembrano la maggioranza, ammettono che la necessità dell'atto operativo si verifica solamente per pochi casi. In generale è sempre prudente sentire il consiglio di un chirurgo; si deve tener presente, ad ogni modo, che se è vero che quando il calcolo sta nel coledoco, cagionando coliche e rigonfiamento della cistifellea, l'operazione può prevenire la chiusura del coledoco stesso, non è men vero che ogni medico conosce che tali calcoli spesso passano spontaneamente e quindi un'operazione, almeno in primo tempo, non sarebbe consigliabile. Ad essa ci si potrà decidere se gli attacchi si ripetono e si ha colecistite; si sceglierà però possibilmente un periodo fra gli accessi. Nei casi poi con infezione generale grave, accessi ripetuti, e febbri a brivido, specialmente in presenza di una cistifellea ispessita o retratta, l'operazione, salvo controindicazioni speciali, dipendenti dalle condizioni generali, è indicata. Se il calcolo occlude il coledoco, è meglio attendere, a meno che la durata dei disturbi, le condizioni generali od il desiderio del paziente consiglino altrimenti. L'itterizia aggrava la prognosi.

Il trattamento della colica è chiaro: far cessare il dolore, aiutare l'espulsione, vincere l'infiammazione e sostenere le forze. Supremo rimedio è la morfina da somministrarsi ipodermicamente a dosi abbastanza alte in modo da ottenere l'effetto desiderato; quando questo accenna a cessare si ripeterà l'iniezione, continuando

fino a che il calcolo sia espulso nel duodeno. In guisa analoga, rilasciando gli spasmi muscolari, agisce l'atropina, che può venir somministrata da sola, o con la morfina, fino a che si verifichi secchezza della bocca e delle fauci, e midriasi. Anche i suppositori di oppio e di belladonna possono essere utili; dannosa invece è l'inalazione di cloroformio.

L'antipirina, il piramidone e simili danno qualche risultato negli attacchi leggieri; di qualche utilità possono essere i salicilati ad alte dosi.

Di grande importanza è il riposo, in posizione sdraiata in una stanza quieta semi oscura, l'evitare qualsiasi occupazione mentale ed emozione. L'azione dei farmaci è grandemente aiutata dal caldo, sotto forma di bagni, semicupi, cataplasmi, termoforo elettrico; in guisa analoga agisce il freddo, mentre, per gli individui che non sopportano il caldo, si ricorrerà alla borsa di ghiaccio; con questi metodi, si calma il dolore paralizzando i nervi sensitivi e si produce una iperemia attiva, agendo sugli apparati vasomotori. Analogo effetto ha l'elettricità; anche il massaggio può recare un certo sollievo; non si dimentichi però che esso eseguito da mani maldestre può essere dannoso e causare anche la rottura della cistifellea.

Le condizioni generali del paziente devono esser sostenute con caffè, tè, stricnina, alcool; si sono verificati dei casi di shock durante il parossismo: la morfina e l'atropina sono i migliori rimedii per prevenirlo.

Nel trattamento generale della colelitiasi devesi considerare l'eziologia, la patologia, ed il decorso. Sono predisposti a tale malattia gli individui con enteroptosi, addome pendulo con rilasciamento delle pareti addominali; la vita sedentaria e la dieta abbondante aggravano la situazione. Le condizioni su accennate si trovano più frequentemente nelle donne, che danno appunto il maggior contributo alla coleitiasi. Si deve dunque mettere in buone condizioni la circolazione addominale, procurando di ottenere un buon deflusso della bile che, come è noto dalle esperienze di Mannyn, finisce col dissolvere i calcoli. Si deve dunque cominciare con l'applicare la fascia addominale che restringe la cavità dell'addome ed oppone una contropressione alla respirazione diaframmatica. Gli esercizi all'aria libera (golf, tennis, passeggio, nuoto, ecc.) fatti in modo da non arrivare alla fatica, migliorano la circolazione generale: la ginnastica da camera (piegamenti in avanti, sulle ginocchia, flessioni vigorose delle coscie sull'addome) sono utilissimi. Tutti questi esercizi devono essere combinati con profondi respiri e sono da farsi a stomaco vuoto, o almeno 2-3 ore dopo il pasto. D'altra parte anche il riposo non è meno necessario, e sarà consigliabile di coricarsi presto e di riposare un'ora in letto dopo i pasti.

Di importanza non minore è la dieta. In generale viene consigliata la dieta vegetale che tende ad assicurare la regolarità delle evacuazioni, ed impedire l'ingestione di tossine e ptomaine della dieta carnea. Gli alcoolici, il tè, il caffè, le spezie devono evitarsi; i grassi saranno permessi in piccole quantità, a meno che la funzione pancreatica non sia abolita. Gli idrati di carbonio sono importanti e si daranno biscotti, zuppe di latte, semolino, *purées* di vegetali, zucchero, conserve di frutta; anche la carne, preparata in modo semplice, non è dannosa, se non vi è putrefazione intestinale.

Nel prescrivere la dieta si terrà conto non solo del valore nutritivo degli alimenti, ma dello stato di nutrizione del paziente, dei suoi poteri assimilativi, dell'età, occupazioni, clima, ecc.

Durante l'attacco, eventualmente si dia soltanto dieta liquida: le bevande calde agiscono da calmanti, quelle fredde posso determinare dei crampi; l'ingestione di grandi quantità di acqua non ha azione diretta sulla secrezione biliare.

Anche l'idroterapia ha la sua importanza; bagni o semicupi caldi doccia scozzese sul fegato, impacco alle Priesnitz, irrigazioni rettali calde o fredde.

Quanto ai rimedi si sperava una volta di trovare quello che discioglie i calcoli: non vi è che un buon flusso di bile, che possa far ciò. Il rimedio di Durand (olio di trementina ed etere) non si somministra più, sopra tutto perchè assai sgradevole. Rimedio molto popolare è l'olio di oliva (da prenderne un bicchiere, caldo, mattino e sera, oppure, quando vi sia una complicazione di gastrite acida, uno o due cucchiai tre volte al giorno, prima del pasto. Il gusto può essere mascherato con l'essenza di menta; si possono poi dare in sua vece, l'olio di mandorle dolci, o l'olio minerale.

Anche il calomelano è usato frequentemente: esso non aumenta la secrezione di bile, ma agisce indirettamente, per mezzo di azione riflessa sulle pareti muscolari della cistifellea: questa ed il fegato diminuiscono di volume, dopo il suo uso.

Altri rimedi sono citati come colagoghi: il salicilato di sodio (anche l'aspirina, il diplosal, ecc.), la podofillina (che agisce come catartico e migliora la congestione e la torpidità del fegato) la sanguinarina, juglandina, ecc.; il cloruro di ammonio stimola la secrezione di tutte le mucose ed è vantato ai tropici per prevenire l'ascesso epatico. Anche il chologen (miscela di vari farmaci, fra cui calomelano e podofillina) dà

buoni risultati; deve essere somministrato per 6-8 settimane.

Anche le acque minerali hanno gran parte nel trattamento della colelitiasi, basta pensare alla plejade di individui, che ogni anno viaggiano verso i luoghi di cura. In questi il cambiamento di vita, di abitudini, di dieta agisce favorevolmente, ma non si deve però disconoscere l'effetto diretto delle acque stesse, le quali rappresentano una soluzione alcalina che bagna la mucosa gastro-intestinale, liberandola dal muco, stimolando la peristalsi e riducendo l'infiammazione. Una parte di essa viene assorbita ed aumenta la fluidità e l'alcalinità della bile.

Oltre al fegato, tutti gli altri organi debbono venir presi in considerazione ed eventualmente curati. Qualora poi si intervenga chirurgicamente, non si deve mai trascurare il trattamento medico, non limitato ad un solo farmaco nè ad un solo metodo, in modo da influire sulla circolazione generale, curare l'infiammazione, produrre della bile alcalina, liberamente fluente, espellere i calcoli e possibilmente dissolverli.

FIL.

**L'importanza clinica dell'esame chimico della bile.**

L'esame clinico della bile e propriamente il dosaggio delle sostanze coloranti e della colesterina in essa contenute hanno una importanza clinica non trascurabile, importanza che è stata finora misconosciuta per la difficoltà di prelevare la bile. Tale difficoltà è stata ora eliminata mediante la sonda di Eichhorn.

Il contenuto di pigmento nella bile è un indice della distruzione degli eritrociti: l'aumento della sostanza colorante può svelare un processo emolitico, anche quando il reperto ematologico sia normale. Nell'emolisi la bile è quasi nera mentre normalmente essa ha per lo più un colore giallo d'oro.

Anche la quantità di colesterina eliminata con la bile è in rapporto al numero di eritrociti distrutti, ma è dipendente anche da altri fattori.

Medak e Pribram (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1915) hanno esaminato il contenuto biliare in casi di anemia, affezioni delle vie biliari, nefropatie, arteriosclerosi con ipertensione, cirrosi, cardiopatie, gravidanza, neoplasmi.

Nella colelitiasi in genere il pigmento trovasi nella bile in quantità normale, e la colesterina è aumentata tanto nel sangue che nella bile, il che proverebbe che in detta affezione più che di una ritenzione debba trattarsi di aumento di mobilizzazizone o di produzione di colesterina.

Nell'ittero catarrale si è trovato sempre una notevole diminuzione del pigmento e della colesterina, il che permette di concludere per una difficoltà di deflusso della bile, tanto più che nello stadio della remissione si ha un aumento.

Nelle colangite c'è aumento dell'urobilina nella bile. Nelle affezioni caratterizzate da processi emolitici (ittero congenito o acquisito, anemie emolitiche comprese le perniciose, morbo di Banti ed altre cirrosi splenomegaliche) la bile è molto ricca di pigmenti, e quasi nera. Dopo la splenectomia in tali affezioni il contenuto di pigmento nella bile diminuisce sensibilmente; anche la colesterina in tal caso diminuisce nella bile, mentre aumenta nel sangue. Durante la mestruazione la quantità di bilirubina nella bile aumenta considerevolmente, anche quando la emorragia è scarsissima.

Nelle nepropatie e nel diabete si trova quasi sempre un aumento di colesterina nel sangue ed una diminuzione nella bile.

Nella gravidanza inversamennte a quel che riguarda il contenuto di colesterina nel sangue, nella bile essa diminuisce col progredire della gravidanza per scendere fino a poche tracce nel nono mese. La rieliminazione dopo il parto avviene in gran parte attraverso la glandola mammaria: parrebbe quindi che durante la gravidanza la donna immagazzini i liquidi di cui ha bisogno poi per l'allattamento.

*a. a.*

**Diagnosi e cura dell'angiocolicistite tifica.**

La infezione tifica può diffondersi sempre per la via del sangue a tutte le vie biliari, ma il più spesso essa predomina su questo o quel punto dell'albero escretore della bile. La localizzazione angiocolica è la eccezione. La variabilità della virulenza del bacillo e di resistenza del terreno fan sì che le lesioni infiammatorie variano dal semplice stato catarrale alla suppurazione, alla ulcerazione, alla perforazione della cistifellea.

Petit (*Des angiocholicystites typhiques*, Paris, 1914, Jouve édit.), in base all'osservazione di due casi di angiocolicistite ebertiana, ha fatto un interessante studio d'insieme di questa affezione. La colicistite tifica suppurata colpisce per lo più le donne. L'infermo è già entrato in convalescenza, ma, invece di avere un appetito intenso come tutti i tifosi, ha inappetenza, uno stato di nausea; la lingua saburrale, vomiti; la temperatura che era scesa a 37° risale a 39°-40°. Nello stesso tempo l'infermo si lamenta d'un dolore generalmente localizzato all'ipocondrio destro, mentre a poco a poco compare una tumefazione sotto-epatica e talora anche ittero.

In un tifoso una sensazione dolorosa all'epigastrio accompagnata ad uno stato di nausea deve far pensare alla colicistite.

Il dolore cistico aumenta per i movimenti e gli spostamenti del malato. Intanto la respirazione diventa superficiale, accelerata. All'addome si ha una zona d'iperestesia cutanea e di contrazione muscolare analogamente a quanto si osserva nella regione appendicolare nell'appendicite.

La febbre ha il tipo bilio-settico di Chauffard, con brividi, calore, sudori, con intermittenze regolari. L'ittero è un sintomo di second'ordine, incostante.

Nei casi di colecistite tifica è importante praticare l'esame del sangue per accertare se si tratta di una forma catarrale o suppurata: una forte leucocitosi svela la suppurazione, per quanto la leucocitosi può essere anche in rapporto con le ulcerazioni intestinali.

Le complicazioni più gravi della colecistite tifica sono la pericolicistite fibro-adesiva o suppurata, l'ulcerazione della cistifellea, la perforazione seguita subito da morte, ed infine la litiasi biliare.

Nel periodo di stato della colecistite il trattamento è analogo a quello dell'appendicite: applicazione di ghiaccio sull'ipocondrio destro, immobilizzazione rigorosa dell'infermo in posizione di rilasciamento dei muscoli addominali, ed infine, se è necessario, morfina a piccole dosi per calmare il dolore. Gioverà pure la somministrazione di antisettici biliari come l'urotropina.

Per le angicoliti gravi, per le colicistiti suppurate è necessario il trattamento chirurgico. Nelle angiocoliti se il canale cistico è permeabile si farà la colecistostomia senza drenaggio epatico, se il canale è impermeabile colecistostomia e drenaggio.

In caso di colecistite il trattamento da preferirsi è la colecistostomia, specialmente quando la cistifellea è minacciata dalla perforazione o è già perforata. *a. a.*

---

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(588) *Legge di Courvoisier e Terrier. Incisione di Kehr.* — Il sottoscritto desidera di leggere nella rubrica « Posta degli abbonati » una risposta alle seguenti domande:

1° È stata data una spiegazione chiara ed esauriente del segno Courvoisier-Terrier?

2° In che cosa consiste l'operazione del Keir; quali ne sono le indicazioni; quali i risultati prossimi e remoti.

Dott. G. C. da G. M.

Per quanto riguarda la prima domanda, non di segno, ma di legge del Courvoisier e del Terrier si suole parlare: coledocostenosi da calcolo-cistifellea retratta; coledocostenosi da neoplasma-cistifellea dilatata.

Di questa legge, non già enunciata per considerazioni teoriche, ma dedotta da una lunga osservazione clinica, si sono date in passato spiegazioni varie (Gilbert, Vautrin, Riedel, Petersen, Carnot e Havier, ecc.). Il Carnot e l'Havier, ad es., hanno sostenuto che la calcolosi del coledoco è in realtà nella massima parte dei casi una calcolosi dell'epatico: ammesso ciò si comprende molto facilmente che in tale evenienza la bile non può penetrare nella cistifellea, la quale, per conseguenza, si ritrae per mancanta funzione, mentre nella evenienza di un tumore della testa del pancreas o dell'ampolla di Vater il coledoco è obliterato nel tratto suo terminale e quindi la bile, se non può scendere nel duodeno, può ben però accumularsi nella cistifellea e distenderla.

Oggi però si accolgono dai più le idee in proposito del Mocquot. Per questi la dilatazione della cistifellea in seguito alla compressione del coledoco da parte di un tumore è legata allo stato di normalità in cui trovasi la cistifellea stessa, alla mancanza di infiltrazioni flogistiche nelle pareti di questa, alla assenza di una pericolecistite: le pareti della vescichetta possono perciò dilatarsi sotto la pressione della bile stagnante. Se la vescichetta invece è sede di lesioni flogistiche in una o più o in tutte le varie sue tuniche, come di regola avviene nella litiasi delle vie biliari, essa ognor più si atrofizza quanto più si evolve la organizzazione degli essudati, degli infiltrati, ecc., e non può dilatarsi quindi allorquando un calcolo, sceso nel coledoco, aumenta la pressione della bile. È però da notare come tal legge, per quanto abbia un reale e grande valore pratico, non è assoluta: essa è stata trovata esatta non nel 100 %, ma nell'85 % dei casi (Jalaguier, Reclus, Dieulafoy, Descomps, Jourdan, Körte, Delbet, Faure e Labey, ecc.). Essa poi non ha valore nei casi di occlusione dell'epatico o del confluente epatico-cistico; non ha valore quando alla litiasi concomita una neoplasia delle vie biliari.

Riguardo alla seconda domanda, non esiste, ch'io sappia e per quanto io abbia cercato, una operazione di Keir; con tutta probabilità Ella accenna al Kehr, ma non esattamente, in quanto questi ha indicato non già una speciale operazione, ma una speciale incisione delle pareti addominali (incisione ondulata o a baionetta) per mettere in luce le vie biliari: dall'apofisi xifoidea si scende longitudinalmente fino a metà circa della linea xifo-ombellicale, per deviare poi obliquamente a destra e parallelamente al-

l'arcata costale fino alla unione del terzo medio con il terzo esterno del m. retto addominale destro e per discendere infine di nuovo longitudinalmente fin presso alla ombellicale trasversa.

Tale incisione non è che una modificazione della incisione ad S del Bevan e sostituisce nella maggioranza dei casi e per la maggioranza degli operatori le altre incisioni proposte: la verticale mediana del Routier e del Löbker, la verticale paracolecistica del Langenbuch e del Lawson Tait, la obliqua del Kocher, la combinata (incisione verticale mediana e incisione trasversale unentisi ad angolo retto) dello Czerny, ecc.

Trattandosi di una incisione non è il caso dī parlare di indicazioni e di risultati prossimi e remoti.

l. c. z.

(589) *Per la immobilizzazione delle fratture.* — Leggo nell'ultimo numero della « Medicina internazionale » che in Francia viene ampiamente usato lo « store » artisticamente usato da Sourdat e Bricout.

Mi rivolgo alla cortesia di codesto giornale perchè si compiaccia rispondermi sulla Posta degli abbonati in che consiste questo sistema di cura e che cosa è questo « store » e nel caso come potrei procurarmelo.

U. Petrelli.

*Store* è un vocabolo francese equivalente all'italiano *tenda, tendina.* Nel caso specifico esso indica le tendine avvolgibili di legno, quelle, precisamente, che nell'Italia Centrale sono chiamate, con francesismo, *storini.* Esse in genere sono costituite da piccole striscie di legno dolce (abete, pioppo, ecc.) lunghe un metro o più, alte un centimetro circa e dello spessore di 2 millimetri, e da verghette cilindriche della stessa natura, della stessa lunghezza e di diametro eguale allo spessore di quelle. Striscie e verghette si alternano, tenute insieme da cordicelle disposte in senso perpendicolare: quelle sono l'ordito e queste sono il tessuto dello storino. Orbene tale materiale, agevole di prezzo e ovunque noto e reperibile, può ben venire utilizzato nella immobilizzazione di fratture degli arti: ridotta la frattura, ovattato l'arto, specie in corrispondenza delle sporgenze ossee (condili, malleoli, ecc.), si avvolge l'arto stesso una o più volte con un pezzo di storino, eventualmente preparato con incisioni o con asportazioni cuneiformi marginali, e poi congruamente fissato da un benda comune o, meglio, da una benda amidata. È ovvio però come tale mezzo di contenzione abbia la sua indicazione precipua allorquando, come in occasione di guerra, è necessario mettere con rapidità un grande numero di fratturati in condizione di poter senza danno essere trasportati altrove.

l. c. z.

(590) *Membra artificiali cinematiche.* — La prego di volermi indicare un buon libro, che si interessi dettagliatamente degli apparecchi di protesi per arti, e in ispecial modo delle « protesi cinematiche ».

La ringrazio.

Dott. F. V.

Il migliore trattato sugli apparati di protesi è quello di Gocht (*Künsteiche Glieder*) edito nel 1907 da Enke (di Stuttgard).

Dal Vallardi è stato edito un trattato italiano del prof. Curcio di Napoli.

Per quel che si riferisce alle p. cinematiche, lèggasi il Vanghetti (Empoli 1906). *Plastica e protesi cinematiche.*

R. D. V.

(591) Il dott. C. Semini di Valonsernone (Canton Ticino - Svizzera) scrive:

Gradirò ora mi si dica eventualmente sulla « Posta degli Abbonati » al n. 7205, se l'unguento Delabarre per Dentizione, nel « Manuale di Pediatria Flamini », equivale a quello Brovmo, ed in ogni caso mi si dia la formula del Delabarre.

Non conosco l'unguento Brovmo, che forse è una specialità poco nota, giacchè, pur avendo fatto molte ricerche, non ne ho trovato, non solo la formula, ma neppure il nome.

Non esiste un unguento Delabarre, bensì uno sciroppo Delabarre, la cui formula è la seguente:

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Succo di tamarindo fresco . | parti | 3 |
| Infuso di zafferano 3 % . . | » | 2 |
| Miele depurato. . . . . . | » | 10 |
| Tintura di vaniglia . . . | » | 0.25 |

Questo sciroppo è consigliato dal Delabarre per frizioni sulle gengive dei bambini durante il periodo della dentizione. Il suo sapore gradevole e rinfrescante può giovare a distrarre il bambino ed a calmare la sensazione di bruciore e di prurito delle gengive nei casi di odontiasi normale. Nella disodontiasi però, ossia nei casi in cui la dentizione è accompagnata da disturbi locali e generali gravi e le gengive sono iperemiche e dolenti, le frizioni con lo sciroppo Delabarre o con preparati equivalenti sono insufficienti. La cura adatta per tali casi è generalmente esposta in modo esauriente nei trattati di odontoiatria.

A. C.

# VARIA.

**I progressi della patologia generale dovuti alla Francia.** — In una serie di articoli pubblicati sulla « Presse Médicale » sotto la direzione di Landouzy, vengono posti in rilievo i progressi che nei vari rami della medicina sono stati compiuti per merito dei francesi.

Si vorrebbe dimostrare che ai francesi spettano in prevalenza i concepimenti geniali e sintetici, mentre i tedeschi avrebbero compiuto solo opera di elaborazione e di dettaglio.

Non ci pare che la dimostrazione sia fin'ora riuscita esauriente nei vari campi presi in esame; ma certo lo è nel campo della patologia generale. I contributi originali dei francesi alla patologia generale sono veramente copiosi e superano di gran lunga quelli di qualsiasi altro popolo; tanto che a questa disciplina spetterebbe incontestata la designazione di *opus francigenum,* opera francese, come assevera il professore Achard nell'articolo che egli vi consacra (Presse Méd., 30 giu. 1915).

Accenniamo in modo riassuntivo e schematico ad alcuni contributi: teoria delle auto-intossicazioni (Bouchard), teoria del rallentamento della nutrizione (Bouchard), teratologia sperimentale (Dareste), fenomeno d'Arthus (Arthus), anafilassi (Richet), chemiotassi (Massart), fagocitosi (nozione elaborata in Francia dal biologo russo Metschnikoff), diabete pancreatico (Lancereaux), colesterinemia (Chauffrad), ritenzione dei cloruri e dell'azoto (Widal), insufficienza glicolitica (Lépine), fissazione del complemento (Bordet e Gengou: belgi di stirpe francese), agglutinazione diagnostica (Widal), cito-diagnosi (Widal), albumino-reazione (Roger), esplorazione funzionale dei reni mercè vari metodi, tra cui la costante d'Ambard, l'esplorazione funzionale del fegato, ecc. Ai francesi si deve anche la nozione di eredità della predisposizione morbosa, illustrata da vari autori, tra cui Charcot per le malattie nervose. Infine è da menzionare che nessuna nazione vanta una enciclopedia paragonabile al grandioso trattato di patologia generale diretto dal compianto Bouchard, giunto alla settima edizione R. B.

**Che cosa ha perduto la specie umana nella sua evoluzione.** — Secondo W. A. Hollis (*Brit. Medic. Journal,* 26 giugno 1915) la specie umana ha perduto parecchi attributi pregevoli nel lungo cammino che l'ha portata allo stadio attuale di cerebrazione: per esempio la facoltà di rigenerare gli arti o la cute; il terzo occhio; probabilmente anche due membrane laterali, che servivano da paracadute e di cui restano vestigia nelle costole cervicali: i nostri lontanissimi genitori ricordavano così la figura del drago; somigliavano più al Mefistofele del Faust di Gounod che ad angeli.

Anche i sensi specifici hanno certo perduto della finezza che avevano un tempo: per es. l'odorato non è più così squisito come doveva esserlo allorchè, per orizzontarsi nelle notti fonde, l'uomo primitivo non aveva il fuoco, che solo tardi apprese a produrre e che lo salvò probabilmente dalla distruzione durante l'epoca glaciale, quando altre specie scimmiesche già evolute, come il « *Sivapithecus indicus* », andarono distrutte: la capacità di produrre il fuoco fu probabilmente il primo principio dell'umanizzazione.

L'evoluzione si è compiuta attraverso lotte sanguinose e bestiali, in cui razze dominanti, non prominenti, hanno preteso più volte, prima d'ora, d'imporre la loro « kultur »!

R. B.

---

# CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

GRAVIER LAURET. *L'alternance du coeur. Etude critique et clinique.* Paris, Baillière.

Mentre la semiologia fisica forniva elementi sicuri per la diagnosi dei vizi valvolari e la fisiopatologia della circolazione pareva ormai avere trovato un assetto in qualche modo definitivo, gli studi anatomici da un lato, la più fine sperimentazione dall'altro e soprattutto un abile e largo uso delle ricerche grafiche stanno trasformando tutta la dottrina. Se la fisiologia ha fatto enormi progressi, se ne sono avvantaggiate pure notevolmente la semiologia e la clinica.

La dottrina delle aritamie si è rinnovata, anzi si può dire si è creata, in questi ultimi anni. Delle precise determinazioni alle forme di aritamie, il polso alternante era una delle meno approfondite. A colmare tale vuoto si è dedicato l'A. di questo libro con parecchi anni di studio sotto la guida di Gallavardin. Non l'alternanza del polso importa molto, ma sopratutto l'alternanza del cuore. E Gravier la mette in piena evidenza, pur riconoscendo che l'argomento non è da lui esaurito. Gli studiosi di cardiologia, che dovrebbero essere tutti quanti i medici, troveranno pertanto nel presente libro un testo che precisa le questioni relative all'alternanza del cuore, ne stabilisce il valore semeiologico e patogenetico e finalmente ne illustra la clinica con parecchi casi di personale accurata osservazione.

Il volume di non grossa mole (circa 400 pagg.) ha la perspicuità e la seduzione dei migliori trattati francesi. a. v.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

### Per i liberi docenti anziani sotto le armi.

*Egregio sig. direttore,*

Compie veramente opera meritoria il vostro pregiato « Policlinico » aprendo la discussione sulle condizioni — che direi questioni d'alta moralità — in cui si trovano alcuni ufficiali medici di complemento e della territoriale... E vengo senz'altro all'argomento.

Nel fasc. 47 del 21 nov. corr. Sezione Pratica, è comparso, sotto la firma di « Un tenente medico di 39 anni di età », un interessante articolo « Per gli ufficiali medici di complemento e della territoriale », in cui sono dette verità che possono essere accettate, senza contestazione, da tutti. L'articolo però non sviscera l'argomento sotto tutti i punti di vista; ve n'è uno infatti non toccato che merita un commento: — spero che il « Policlinico » vorrà accoglierlo e pubblicarlo.

Scarto la quistione materiale, finanziaria, che può apparire antipatica, e mi fermo al lato morale della questione.

La legge Zuppelli stabilisce, fra le altre cose, che un medico con 15 anni di laurea sia nominato capitano medico, come lo è un libero docente. Ma da questo canone sono derivati molti inconvenienti. E se ha ragione il tenente di 39 anni nell'affermare che è deprimente dal punto di vista morale, il fatto che un medico a cui manca qualche mese per compiere i 15 anni di laurea per essere capitano, è nominato tenente, mentre in altre armi si può essere capitani a soli 23 o 24 anni, è molto più moralmente deprimente la situazione del professore pareggiato che diviene capitano, non solo in rapporto ai giovani capitani d'altre armi, ma benanche in confronto agli stessi capitani medici per 15 anni di laurea, o ai liberi docenti giovani.

E' mai possibile che al vecchio pareggiato possa gonfiare il cuore di gioia vedersi capitano come il giovane fuciliere o bersagliere di 23 anni o come il medico condotto che ha raggiunto 15 anni di laurea?

Spesso poi, al maturo pareggiato, capitano, la cui età oscilla tra i 50, 60 o 70 anni, come se ne vedono parecchi in giro, chiamato ed accorso con giovanile entusiasmo, agile nel pensiero, pieno di energia nel volere, per servire la patria, capita di trovarsi dinanti ai suoi allievi, divenuti capitani anche loro, o per i 15 anni di laurea, o perchè giovani liberi docenti; e capita di trovarsi dinanzi ad allievi nominati maggiori medici per essere primari o professori.



Comprendo che una legge generale non può considerare casi particolari, ma nella fattispecie si potevano tener presenti i titoli dei liberi docenti e vedere se alcuni di essi o per il lungo tirocinio nell'insegnamento o per avere già diretto ospedali o per buona prova fatta in concorsi universitari non meritino il grado di maggiore, quanto alcuni primari di ospedali.

In qualunque condizione si può fare il volontario belligerante; ma l'ufficio di medico militare comporta responsabilità tecniche ed amministrative così forti e così immanenti che non possono essere affrontate, senza la forza morale ed il prestigio. Forza morale e prestigio sono nell'esercito in stretto rapporto con l'elevatezza del grado.

La legge Zuppelli è imperfetta ed io credo che se il ministro sarà edotto su questo particolare vorrà — ora che si chiedono le note caratteristiche di tutti gli ufficiali medici — prendere in esame i titoli dei liberi docenti che meritano il grado di maggiore, più che non quello di capitano.

Un senso elevato di moralità e di giustizia distributiva s'impongono all'attenzione di chi ha il dovere di fare ai medici un equo trattamento.

Grazie, signor Direttore.

Devotissimo

Un capitano medico di complemento anziano e libero docente.

### Una quistione che riguarda i medici professori universitari in servizio militare.

All'inizio della guerra, ai professori universitari che ancora avevano l'obbligo di leva o che si trovavano nei quadri di mobilitazione come ufficiali in congedo, pur avendo superato il 40° anno di età, fu mantenuto il grado di capitano a chi l'aveva, e concesso a coloro che ancora erano tenenti benchè prossimi alla quarantina.

La loro posizione veniva pertanto equiparata a quella dei liberi docenti, dei medici primari e di coloro che avevano oltre 15 anni di laurea, costituendo una unica infornata.

Ai medici civili che non avevano obblighi di leva e che erano liberi docenti e primari di ospedale, o professori universitari, a mente dell'articolo 57 della legge sull'avanzamento, fu dato il grado di maggiori medici di complemento.

Deriva da tale disposizione un fatto assai stridente e poco lusinghiero per i professori uni-

versitari di carriera. Infatti, mentre un professore straordinario od ordinario non può oltrepassare il grado di capitano se era ufficiale prima della mobilitazione, un assistente che abbia un incarico, o un medico primario libero docente, purchè non abbiano mai fatto servizio militare ed abbiano compiuto il 40° anno di età, vengono nominati maggiori. Costituisce pertanto un impedimento alla promozione, quasi un demerito, l'avere avuto il grado di ufficiale in congedo per 15 o 20 anni!

Il Ministero della guerra ha respinto le domande dei professori universitari ancorchè questi abbiano oltrepassato l'età degli obblighi di leva.

Un abbonato.

*A proposito delle ricompense per l'opera prestata durante il terremoto marsicano.*

Riceviamo e pubblichiamo:

Vedo nell'ultimo numero del *Policlinico* accennato alla questione delle ricompense ai medici che hanno prestato l'opera loro nell'ultimo terremoto marsicano.

Fra questi sono i medici degli Ospedali di Roma, i quali con grande slancio e disinteresse si sono sobbarcati a lavoro gravosissimo e prolungato per mesi; ora, detti medici ebbero solo una lettera di ringraziamento dal commissario Lusignoli.

Non sarebbe giusto che anche questi avessero la medaglia che distingue gli altri medici, che prestarono servizio nella Marsica; tanto più che ora molti di essi fanno parte dell'esercito, e potrebbero fregiarsi della relativa *fascetta?*

Dottor A. G.

# RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

### Deliberazioni di nomina a medico condotto Annullamento - Impugnativa.

Il decreto con cui il Prefetto annulla una deliberazione consiliare di nomina del medico condotto per vizio di forma non costituisce un provvedimento definitivo e può, per conseguenza, essere impugnato con ricorso in linea gerarchica. (Decisione 4ª Sezione del Consiglio di Stato del 5 febbraio 1915).

Rammentiamo che la giurisprudenza, nel senso espresso dalla suindicata decisione, è costante. Che il decreto del Prefetto con cui si annulla per vizio di forma una deliberazione di Consiglio comunale portante la nomina del medico condotto non fosse a riguardo del Comune un provvedimento definitivo, cioè suscettibile di ricorso in linea gerarchica, chiaramente desumesi dall'articolo 215 del vigente testo unico della legge comunale e provinciale che dà facoltà al Consiglio comunale di impugnare il provvedimento con ricorso diretto al Governo del Re entro i 15 giorni dalla comunicazione.

La decisione della 4ª Sezione ha, però, chiarito un punto di speciale importanza, quello, cioè, di attribuire anche al medico condotto interessato il diritto di produrre gravame al Governo del Re.

Tale diritto, a differenza di quello concesso al Comune, si basa sulla disposizione generale di massima contenuta nell'articolo 328 del precitato testo unico.

Il termine utile per la presentazione del ricorso è anche esso diverso, perchè mentre il Comune può produrlo entro i 15 giorni, il medico può, invece, produrlo entro 30 giorni dalla notifica. Riconoscere anche nel sanitario il diritto al reclamo è certamente di non lieve importanza ed utilità.

Può, infatti, avvenire che il Comune per una ragione qualsiasi, non esclusa quella di una eventuale serotina resipiscenza, trovi essere miglior partito acconciarsi all'annullamento pronunziato dal Prefetto e non insistere a ripetere il deliberato e ciò per far cadere la nomina irremissibilmente nel nulla, mentre, invece, il medico abbia tutto il suo interesse a mantener salda la deliberazione consiliare, a suo avviso, illegalmente annullata dal Prefetto.

Di fronte alla inerzia, forse anche voluta, della amministrazione comunale il sanitario rimaneva senza difesa.

Pur vedendo troncata la sua carriera sul nascere e posto nel nulla un concorso con tanta fede e sacrifizii sostenuto, dovrà egli rimanersene impassibile e rassegnarsi al fato senza poter esporre le sue difese, senza potere invocare giustizia. Ora ciò non può più succedere.

Correlativo del diritto di impugnativa del Comune vi è quello del medico, il quale è posto in grado di insorgere da sè contro il decreto prefettizio, sicuro che le sue ragioni saranno serenamente discusse e valutate dal Governo del Re e dal Consiglio di Stato.

### Medici condotti - Consiglieri provinciali Ineleggibilità.

Sono ineleggibili alla carica di consigliere provinciale i medici condotti e tutti gli impiegati comunali (Cassazione di Roma, 6 marzo 1915).

L'articolo 25 ora 28 del testo unico della legge comunale e provinciale esclude dalla nomina a consigliere provinciale tutti gli impiegati comunali. L'esclusione del medico condotto dal

novero degli impiegati comunali ripugna alla lettera ed allo spirito della legge.

« Ripugna alla lettera perchè non solo nel linguaggio giuridico ma anche nel linguaggio comune sotto il nome generico di impiegati si intendono compresi tutti coloro che prestando a vantaggio altrui, mediante retribuzione, l'opera propria e non compiendo un lavoro manuale, esercitano un ufficio di carattere stabile e continuativo, sia esso amministrativo, contabile, tecnico o di carattere misto, importi o no un rigoroso vincolo di subordinazione gerarchico, un orario fisso ed il divieto di occuparsi in altri uffici o di esercitare liberamente la professione ».

Omissis. « Stando al significato della parola, dunque, non può disconoscersi che rientrino nella classe degli impiegati di un ente anche quei professionisti o funzionari tecnici, come avvocati, medici, ingegneri, che sieno stati assunti permanentemente in servizio dell'ente stesso mediante una determinata retribuzione, sebbene l'ufficio possa lasciare loro grande libertà ed indipendenza nell'esercizio professionale e molto tempo disponibile ».

« Ripugna inoltre l'anzidetta esclusione alla *mens legis* sia perchè le ragioni che consigliarono il legislatore a dichiarare ineleggibili a consigliere provinciale gli impiegati amministrativi e contabili dei Comuni (prima fra esse quella di non distoglierli dai loro uffici richiedenti la loro continua presenza nella sede) sussistono anche per gli impiegati tecnici, sia perchè si rileva dagli atti parlamentari che il legislatore in tanto soppresse nell'articolo 25 citato gli aggettivi *amministrativi e contabili* che seguivano la parola *impiegati* e ne restingevano il significato in quanto volle rendere incompatibili all'ufficio di consigliere provinciale tutti indistintamente gli impiegati comunali ed in special modo i medici condotti ».

« Nè vale obbiettare che il nuovo testo dell'articolo 25 della legge comunale e provinciale mentre ha parlato espressamente della ineleggibilità dei maestri comunali ha taciuto, però, di quella dei medici condotti, perchè la menzione espressa dei primi si rendeva necessaria in seguito alle recenti leggi di riforma della istruzione primaria per le quali nella massima parte dei Comuni i maestri elementari sono stati sottratti alla dipendenza delle amministrazioni comunali e sottoposti direttamente all'amministrazione dei Consigli provinciali scolastici, cessando così di essere impiegati comunali ».

Questa giurisprudenza è oramai costante. La esclusione del medico condotto dalla eleggibilità a consigliere provinciale, se poteva essere dubbia secondo la precedente dizione dell'articolo 25, non lo è più certamente ora di fronte alla disposizione chiara e non ambigua dell'articolo 28 del testo unico. Non può ammettersi che il medico condotto non sia impiegato comunale, se è tale chi, come lui, ha un vincolo di dipendenza col Comune, occupa un posto previsto dalla pianta organica e riceve adeguato stipendio con determinati oneri di servizio desunti da apposito capitolato.

La Cassazione di Roma con salda argomentazione dimostra la legalità della esclusione e noi, in verità, non possiamo dissentire dalle logiche ed esaurienti argomentazioni da essa addotte per sostenere la tesi, che ridonda a benefizio del regolare andamento di un importante pubblico esercizio impedendo il frequente allontanamento del sanitario per adempiere i doveri inerenti alla onorifica carica elettiva.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5664) *Richiamo in servizio di medici che non accettarono il passagio alla milizia territoriale o di riserva.* — Al Dott. G. B. da S. di V. rispondiamo che il quesito da lui proposto è di carattere essenzialmente militare ed implica una certa previsione di eventi futuri, che sfugge alla nostra competenza.

(5665) *Concorso per nomina a medico condotto. Divieto.* — Il Dott. N. B. da P. dei G. desidera sapere se un Comune di oltre ottomila abitanti, trovandosi nella impossibilità finanziaria di pagare per tutta la guerra un supplente per una condotta medica di cui il titolare è sotto le armi ed un interino dell'altra condotta di cui il titolare è morto, possa ottenere dal Ministero in via eccezionale che si apra il concorso per il posto della condotta il cui titolare è morto.

Non è possibile ottenere nemmeno in linea eccezionale il permesso di bandire ora un concorso per la nomina di un medico condotto essendo assoluta la disposizione contenuta nello articolo 3° del Decreto Luogotenenziale del 31 agosto ultimo, n. 1420. Per provvedere di medico la sezione rimasta priva di titolare si può rivolgere domanda al sig. Prefetto della Provincia per i provvedimenti di ufficio di cui al Decreto Luogotenenziale del 22 agosto 1915, n. 1311.

(5666) *Indennità di trasferta dell'ufficiale sanitario per la visita delle scuole.* — Il Dottor A. M. da B. desidera conoscere in forza di quale disposizione di legge può chiedere al Comune nella qualità di ufficiale sanitario indennità per le visite mensili che deve fare alle scuole comunali delle frazioni distanti dal capoluogo da 2 a 3 chilometri e se tale indennità può chiedere

per qualsiasi altra visita da fare in dette frazioni per legge o per ordine delle autorità amministrative.

L'articolo 86 del Regolamento per la esecuzione della legge sanitaria approvato con Regio Decreto del 19 luglio 1906, n. 466, dispone che agli ufficiali sanitari che per ordine della competente autorità eseguiscono nell'interesse della pubblica salute visite od ispezioni fuori della loro residenza, spettano, a carico degli Enti che hanno l'obbligo di corrisponderli, i compensi per spese di viaggio e di soggiorno stabiliti per gli impiegati dello Stato con il Regio Decreto 14 settembre 1862, n. 840. A determinare la misura di tali compensi l'indennità tiene luogo dello stipendio. Se si fa ritorno in residenza nello stesso giorno la diaria è ridotta alla metà.

(5668) *Compenso dell'ufficiale sanitario.* — Il Dottor G. D'A. da M. di S. serve da circa 26 anni da ufficiale sanitario col modesto compenso di annue lire 200. Tale somma su elevata a lire 1100 per il concorso che fu bandito per la nomina del titolare libero esercente; concorso che rimase deserto. Avendo chiesto che in tale stato di cose fosse a lui corrisposto il compenso accresciuto, non ha la sua domanda trovato finora benevolo accoglimento da parte del Comune. Chiede conoscere come deve regolarsi per ottenere l'intento.

Effettivamente il compenso accresciuto deve essere corrisposto al nuovo titolare libero esercente; senza dubbio è da ritenere che il provvedimento fu preordinato appunto in vista della difficoltà di trovare un professionista che per lieve contribuzione si fosse recato sul posto per compiere una funzione di estrema importanza e delicatezza. Tenuto, però, conto del lievissimo compenso che Ella, come medico condotto, percepisce per il disimpegno delle funzioni di ufficiale sanitario, e delle benevoli disposizioni a suo riguardo manifestate dalla autorità tutoria con l'inviare al Comune la sua domanda di aumento, La consiglieremmo a fare subito domanda per miglioramento del suo compenso alla G. P. A. ai termini del combinato disposto degli articoli 26 e 23 del vigente testo unico delle leggi sanitarie.

(5669) *Prestazione di illuminazione e riscaldamento.* — Il Dottor G. M. F. da C. che come direttore di un ospedale locale ha diritto oltre allo stipendio anche alla illuminazione ed al riscaldamento gratis, chiede conoscere se a tali prestazioni abbia tuttora diritto mentre si trova sotto le armi e non essendo rimasto in casa nessun membro della famiglia. Chiede conoscere lo stesso anche a riguardo della abitazione.

La prestazione della luce, del riscaldamento e della abitazione è assolutamente personale, ristretta cioè al sanitario ed alla di lui *propria* famiglia. Essendo Ella assente e non avendo famiglia propria, non può usufruire di tali benefici, che come prestazioni *intuitu personae* non possono trasformarsi neanche in moneta, per essere corrisposte in aggiunta alla differenza dello stipendio che Le somministra l'amministrazioe del nosocomio.

(5670) *Diritto di abitazione.* — Al Dottor A. A. da M. d'A. rispondiamo che la prestazione dell'abitazione è strettamente personale per i bisogni del sanitario e della propria famiglia. Non risiedendo egli più nel Comune, perchè chiamato sotto le armi e non avendo famiglia, non può mantenere occupata l'abitazione, di cui godeva quando era in servizio. Se ha molti mobili il Comune può dargli una stanza ad altro locale per conservarli durante l'assenza.

(5671) *Supplenza di medico chiamato sotto le armi.* — Il Dottor I. G. da C. di S. espone che per obbligo di capitolato se uno dei due medici è chiamato sotto le armi il Comune è obbligato a provvedere alla supplenza. Or essendo uno di essi assente perchè impegnato nel servizio militare, desidera conoscere quale compenso deve il Comune corrispondergli per la supplenza del collega.

Non vi è, veramente, un criterio unico per determinare in linea di massima l'entità del compenso che deve essere corrisposto al medico che sostituisce il collega chiamato sotto le armi. Il tutto dipende da accordi fra le parti e dalla maggiore o minor mole di lavoro che presenta la condotta. Crediamo, però, giusto che, data la eccezionalità del caso, possa essere corrisposto al supplente l'intero stipendio del collega, o, se sufficiente, la differenza che resta disponibile dopo avere adempiuto agli obblighi imposti al Comune dal Decreto Luogotenenziale del 31 agosto 1915, n. 1420.

(5672) *Pensione - Orfani sanitari in Perugia.* — Il Dottor G. O. da S. desidera conoscere se, non essendosi giammai iscritto alla Cassa pensioni, abbia il dovere di farlo ora che conta 56 anni di età e 28 di servizio; e se abbia l'obbligo di pagare la contribuzione per gli orfani dei sanitari in Perugia non solo nel Comune in cui è condottato, ma anche in un altro vicino, ove presta servizio da interino.

Circa il primo quesito rispondiamo che avendo occupato un nuovo posto di medico condotto in base a concorso, ha il dovere di inscriversi alla Cassa pensioni. Avvertiamo, però, che dal momento che era in servizio fin dalla promulgazione della legge, potrebbe ora usufruire della favorevole disposizione contenuta nell'articolo 42 del testo unico approvato con R. Decreto del 2 gennaio 1913, n. 453.

Circa il secondo quesito rispondiamo che malamente Le si vuol far pagare due volte la tassa pel mantenimento degli orfani di sanitari, perchè l'articolo 2 del regolamento 30 gennaio 1902 tassativamente dispone che il contributo per detto collegio rimane unico anche nel caso che il sanitario presti simultaneamente servizio presso due o più enti.

(5673) *Esercizio di professione da parte di un laureato in Francia.* — Il Dottor E. T. da V. sul C. desidera conoscere a quali modalità deve sottostare un medico straniero laureato in Francia per poter liberamente esercitare la professione in Italia, a quali esami deve sottostare, a chi deve rivolgere le necessarie istanze e quali documenti deve presentare.

In conformità di quanto dispone la legge sugli ordini dei sanitari, nessun medico straniero può esercitare in Italia se non abbia conseguito il diploma professionale in un Istituto di Stato che abbia concesso il diritto di reciprocità per l'esercizio professionale ai cittadini diplomati in Italia. Da inchiesta ordinata dal Ministero dell'Interno ed eseguita a mezzo delle R. Ambasciate e Legazioni risultò che, fra gli altri Stati, la Francia non concede parità di trattamento escludendo i nostri connazionali laureati nel Regno dall'esercizio professionale. I medici sudditi francesi o nazionali laureati in Francia non possono quindi esercitare la loro professione in Italia se non fornendosi di laurea rilasciata da una Università del Regno. Occorre, quindi iscriversi ad una delle Università, mercè analoga domanda al Rettore della medesima, e pagando le tasse all'uopo stabilite dai regolamenti che si aggirano, per l'intera durata degli studi, cioè per sei anni, attorno alle 1000 lire.

Doctor JUSTITIA.

## CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Cercasi subito medico-assistente, esente servizio militare e da impegni colla Croce Rossa. Stipendio annuo lire 1080, alloggio e servizio, vitto tutti i giorni, qualche incerto; nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione medica.

Medico quarantaseienne esente servizio militare accetterebbe interinato purchè a buone condizioni. Per offerte dirigersi, dottor Donato Perillo. Piobbico (prov. di Pesaro).

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Francesco la Cava ha conseguito la libera docenza presso la R. Università di Roma in patologia esotica. La relazione fu assai lusinghiera. Rallegramenti.

Il nostro amico e collaboratore dott. Carlo Basile è stato abilitato a pieni voti alla libera docenza in parassitologia presso la R. Università di Roma. Rallegramenti.



## NOTIZIE DIVERSE.

**Sui campi dell'onore.**

Sono caduti per la Patria gli studenti in medicina:

BETTONI NOLI G. e ZARDO G., della Facoltà medica di Torino;

DELLA VALLE GINO, della Facoltà medica di Genova;

GALIZIOLI GIUSEPPE VITTORIO di Antonio, della Facoltà medica di Siena.

**Corsi accelerati per gli studenti di medicina.**

Il Consiglio dei ministri nella sua ultima riunione deliberò la istituzione di un corso accelerato di lezioni per gli studenti iscritti al sesto o al quinto anno di medicina e chirurgia, militari e non militari.

È stato firmato il relativo decreto Luogotenenziale.

**Per la laurea in medicina.**

Gli studenti di medicina e chirurgia, che hanno compiuto il 6° corso e che hanno superato tutti gli esami speciali, se intendono sostenere l'esame di laurea debbono presentare la relativa domanda, insieme alla dissertazione scritta, alla indicazione delle due tesi orali e alla quietanza del pagamento della sopratassa di laurea in lire 50, « non più tardi del dì 5 dicembre corr. ».

Quelli poi che intendono usufruire delle concessioni dell'ultimo decreto Luogotenenziale, in sostituzione della dissertazione scritta debbono presentare il certificato dell'autorità militare e nella domanda « specificare la materia nella quale desiderano sostenere la discussione sulla tesi orale principale ».

**Corso complementare di elettro-radiologia medica a Torino.**

Per disposizione ministeriale, dietro parere della facoltà medica, accanto al corso ufficiale di terapia fisica tenuto dal prof. Vinaj, si è istituito un corso complementare di elettro-radiologia medica il cui insegnamento fu affidato al prof. Bertolotti, radiologo dell'ospedale Maggiore di S. Giovanni, che nella prolusione, tenuta il giorno 8 u. sc., trattò con larghezza di argomenti e con vera competenza sui *contributi della elettricità medica nella traumatologia di guerra,* riscuotendo il plauso e le generali approvazioni del numeroso uditorio composto in massima parte di clinici, di insegnanti e di medici.

R. P.

**Bibliografia delle Scienze mediche.**

Il Laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione generale della Sanità pubblica ha diramato il seguente comunicato:

Si lamenta in Italia la mancanza di bibliografie, e specialmente delle Scienze mediche, che riuscirebbero utilissime agli studiosi di queste discipline.

Se pochi han tentato di compilare una bibliografia completa fu per mancanza di mezzi per attuarla, essendo la materia vastissima e costo-

sissime le pubblicazioni che la trattano. E chi la tentò dovè presto sospenderla, oppure abbandonarla del tutto.

Perciò è intenzione di questo ufficio d'iniziare nell'anno prossimo, con l'aiuto di varî periodici italiani e stranieri (che già possiede in numero rilevante), la compilazione di uno schedario bibliografico analitico e per autore di tutto ciò che si viene pubblicando in materia di medicina, per pubblicare a fine di ogni anno un volume di bigliografia.

Sicuri che tale iniziativa verrà benevolmente accolta da tutti coloro che si occupano di tale scienza, si pregano i signori direttori di periodici italiani di voler anch'essi contribuire a questa utile opera col mandar in dono il loro periodico e le loro pubblicazioni, ed in cambio riceveranno il suaccennato volume.

**Ospedale scuola infermiere professionali.**

La Scuola infermiere professionali V. De Marchi di Milano fin dal giugno scorso è diventata Ospedale della Croce Rossa accogliendo nelle proprie infermerie i soldati feriti affetti da malattie chirurgiche provenienti dal fronte, e ciò per una speciale convenzione stesa d'accordo tra il presidente della Croce Rossa e la Direzione dell'istituto De Marchi.

La fondatrice dell'istituzione, signorina Adelina De Marchi, con signorile generosità ha messo a disposizione della Croce Rossa tutto l'istituto come è arredato, paga tutto il personale, ed inoltre elargisce lire 3000 mensili per il funzionamento della sezione ospitaliera.

Data la specialità dell'istituzione, la convenzione pure speciale intercorsa tra la Direzione dell'Istituto e la Croce Rossa, stabilisce appunto che l'indirizzo dell'Ospedale Scuola debba continuare immutato; e cioè restando in posto colle proprie attribuzioni tutto il personale (direttrice, caposale, allieve infermiere, personale di servizio) dell'Istituto, viene mantenuto il carattere primo di Ospedale Scuola per infermiere professionali. Epperò mentre le allieve diplomate recentemente lasceranno presto la scuola, si sono aperte le iscrizioni pel nuovo corso di 1° anno, (il corso dura due anni).

**Gli italiani di Bombay per la Croce Rossa.**

La piccola operosa colonia italiana di Bombay, che ha salutato con gioia la nostra guerra liberatrice e segue con orgoglio le gesta gloriose dell'esercito d'Italia, ha risposto con slancio patriottico all'appello della Croce Rossa, versando già lire 15,000, mentre continuano i versamenti mensili.

**Per la propaganda antimalarica.**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari, aderendo al nobile appello del prof. dott. Ernesto Cacace, direttore della « Malariologia », ha trasmesso al prefetto, ai deputati e senatori della provincia, al provveditore agli studi ed ai membri della commissione consultiva per l'igiene scolastica presso il Ministero della pubblica istruzione, il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari ha, con alto sentimento di solidarietà e di plauso, accolto l'invito del professore dott. Ernesto Cacace, benemerito apostolo della lotta antimalarica in Italia, perchè sia istituito dal Governo l'insegnamento antimalarico nelle scuole con mezzi sufficienti anche per una adeguata profilassi scolastica antimalarica.

« Sento perciò il dovere di rivolgere calda preghiera alla S. V. affinchè voglia, con l'entusiasmo, l'energia ed il grande sentimento umanitario che la distinguono, interessarsi presso il Governo per la realizzazione del voto espresso dal prof. Cacace anche in questa provincia tanto funestata dal terribile morbo. Il presidente».

La sezione di Rocchetta S. Antonio (Avellino) dell'Istituzione G. Visconti di Modrone ha diramato istruzioni pratiche su « La profilassi della malaria nella scienza e nella pratica » dettate dal dott. Giuseppe D'Urso, dedicate ai maestri elementari delle plaghe malariche, i quali sanno la vita dolorante dei diseredati, perchè nell'ora che volge, nella scuola e ne' campi, integrino l'opera dei medici di assistenza sanitaria e civile.

**Lotta antitubercolare a Brescia.**

Il Consiglio Comunale di Brescia nella sua ultima tornata ha deliberato, su proposta dell'assessore per l'igiene dott. G. Guidotti, di portare a lire 2000 il sussidio annuo del Comune al Dispensario antitubercolare bresciano.

Lo stato di guerra e gli oneri non lievi cui la città deve sobbarcarsi di necessaria conseguenza, non hanno distolto quegli amministratori dal loro compito verso una benemerita istituzione cittadina e verso la lotta antitubercolare; e perciò a maggior ragione questa deliberazione deve essere segnalata.

**Epidemia di entero-coliti infettive.**

La « Società Italiana di patologia esotica » (che quest'anno non si è riunita per ragioni facili a comprendere) ha dato segni di vita con un *formulario* diretto ad illustrare una epidemia di entero-coliti infettive osservate in Calabria e Sicilia nell'estate decorsa. Per le informazioni relative rivolgersi al prof. Umberto Gabbi, presso la R. Clinica Medica di Roma.

**L'Albero di Natale negli ospedali militari di Roma.**

Il ministro della guerra ha raccolto con entusiasmo e con commosse parole l'offerta delle dame romane di erigere l'albero di Natale in tutti gli ospedali militari e di distribuire un ricordo di gratitudine a tutti i soldati ed ufficiali degenti.

Hanno già aderito, per offerte e per l'opera personale, molte signore.

L'Ambasciata di Francia provvederà per proprio conto all'ospedale di S. Carlo di Nancy. Il Comitato per l'organizzazione civile a quello proprio dell'Istituto Massimo. La Croce Rossa di Roma ad un padiglione del Policlinico.

**Nella stampa medica francese.**

Con la data del 10 novembre ha riveduto la luce « Le Bulletin Médical », il cui ultimo numero era comparso il 1° agosto 1914.

Benchè le gravi ragioni che hanno costretto alla lunga tregua siano di poco attenuate, l'apprezzata rivista fondata dal Grancher vedrà la luce d'ora in avanti almeno due volte al mese.

**Le perdite tedesche.**

Il « New Herald », edizione di Parigi (30 ottobre) dice che secondo i calcoli basati sulle liste ufficiali tedesche, le perdite dell'armata prussiana si eleverebbero a più di due milioni di uomini.

Si deve aggiungere a queste perdite quelle delle armate bavaresi, sassone, austriache, turche e bulgare che arrivano alla cifra totale di 5,000,000.

**Ingente frode per fornitura di materiale sanitario all'esercito serbo.**

Il suddito serbo dott. Nicola Marghetric ha sporto denuncia alla Procura del Re di Milano contro il chimico-farmacista Giuseppe Brenti (già arrestato sotto l'accusa di contrabbando nel commercio dei medicinali e poi rimesso in libertà provvisoria) per una frode nella fornitura di materiale sanitario all'esercito serbo per la rilevante somma di circa duecento mila lire. I medicinali non avrebbero corrisposto nè per qualità nè per peso ai termini del contratto. Da un'inchiesta ordinata dal Ministero della guerra serbo sarebbe risultato che invece di piramidone e aspirina era stato fornito bicarbonato di soda con ingredienti eterogenei; che due milioni di pasticche di sublimato, invece di un grammo, contenevano la metà di questo prodotto; ecc.

**Un incendio all'Ospedale di Monfalcone.**

I continui tiri del nostro nemico contro gli abitati hanno provocato un incendio nell'ospedale civile di Monfalcone. Venne rapidamente domato.

**Matrimonio ed eugenica.**

Il « Boston Medical and Surgical Journal » annunzia che, in seguito alla rigorosa applicazione della così detta legge eugenica nel Wisconsin (Stati Uniti), il numero dei matrimoni colà si era notevolmente ridotto; onde la legge è stata emendata, rendendola meno rigida e concedendo ai medici una maggiore libertà nel rilascio dei certificati di abilitazione al matrimonio.

---

A Brescia in un ospedale da campo moriva il 28 novembre il Redattore capo del « Pensiero Medico », **Piero Baj**, tenente medico, vittima di crudele malattia contratta nell'adempimento della sua santa missione.

Aveva solo trent'anni e già il suo ingegno e la sua attività avevano dato frutti lusinghieri: di Lui ricordiamo le numerose e pregevoli pubblicazioni sui fermenti triptici, sull'anafilassi nella tubercolosi, sulla pressione arteriosa massima e minima nelle cardiopatie, sull'insufficienza aortica, sulla terapia arsenobenzolica nelle splenomegalie, sulla semiologia del cuore e dei vasi, sull'elettrocardiografia.

Il rapido e brillante inizio della Sua vita professionale gli faceva presagire il migliore avvenire: laureato nel 1910 con pieni voti assoluti e lode riusciva l'anno dopo tra i primi nel concorso ad assistente ordinario dell'ospedale Maggiore di Milano e qui si distingueva ben presto, vincendo prima un premio annuale Dell'Acqua, poi, in questo stesso anno, l'importante ed ambito premio Paravicini per una borsa di perfezionamento all'estero.

Nel 1911 il dottor Baj assumeva la Redazione del « Pensiero Medico »: il suo ingegno, la sua attività, valsero a dare nuova vita al Giornale e ad elevarlo tra i più importanti ed apprezzati giornali medici d'Italia: serietà e rettitudine scientifica furono la sua divisa!

La figura morale del caro estinto non ha bisogno d'essere illustrata dalle parole: bastano a lumeggiarla il dolore sincero, il vivissimo rimpianto di quanti lo conobbero, colleghi, amici, collaboratori: era un'anima buona, era un viso aperto, gioviale, era un cuor d'oro!

Con infinita tristezza, quasi con un senso di ribellione, noi imprechiamo al destino che ha voluto crudelmente troncare una così giovane e promettente esistenza.

All'amato collega vada il nostro commosso, riverente saluto: alla consorte, alla famiglia Sua, sia valido conforto l'universale sincero rimpianto!

V. ASCOLI.

---

## Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

**Anno XXII.** *Roma, 12 dicembre 1915* **Fasc. 50**

# IL POLICLINICO

**SEZIONE PRATICA**

*DIRETTORI:*

Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

**SOMMARIO.**



***Premio ordinario gratuito per l'anno 1916:***

**Le Dermatosi dei lavoratori**

PROF. VINCENZO MONTESANO
Libero docente di Clinica Dermosifilopatica nella R. Università di Roma

Sarà un elegante volume di circa quattrocento pagine, nitidamente stampato ed elegantemente rilegato in piena tela, con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso.

**Sommario.**

Proemio — Classificazione delle dermatosi dei lavoratori dal punto di vista dermatologico — Industrie, professioni e mestieri in cui si riscontrano dermatosi professionali — Caratteri generali delle dermatosi dei lavoratori — Cura e profilassi delle medesime — Considerazioni generali sulle dermatosi professionali dal punto di vista medico-legale, sociale ed economico — Appendice con brev accenni ai caratteri clinici delle dermatosi meno frequenti — Bibliografia — Indice alfabetico dei nomi e delle materie

**Avranno diritto al premio soltanto coloro che invieranno subito il prezzo di abbonamento, più Cent. 60 per le spese di spedizione del volume.**

**Inviare cartolina-vaglia nominativamente al prof. ENRICO MORELLI, Via Sistina, 14-15.**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

## RIVISTE SINTETICHE.

### Sui progressi della terapia. (1)

MEZZI PSICHICI.

Tutte le malattie hanno un elemento psicologico; onde la psicoterapia può renderle tutte meno gravi o più tollerabili; ma essa vanta addirittura dei trionfi negli stati morbosi funzionali.

La psicoterapia si applica sotto molte forme.

(1) Vedi fasc. 49.

***

*Suggestione.* — Venne riconosciuta ed è rientrata nell'ambito scientifico per merito della Scuola di Nancy; ma sebbene se ne parli come di cura nuova, è antica quanto l'umanità: costituisce il processo psichico più abituale.

Molte condizioni sono suscettibili di rafforzarne l'efficacia. È così che il medico tenta di far valere i suoi meriti presso i clienti mercè i titoli accademici (si legittima dunque da questo lato la caccia alle docenze), con la suntuosità dell'appartamento, con la capacità dell'autocontrollo e con altre risorse.

Dobbiamo ascrivere ad influenze psichiche spesso inconsapevoli non soltanto il prestigio di molti medici, ma la riputazione di molte stazioni idriche e climatiche ed il successo di molti rimedi nuovi.

Il potere suggestivo dei rimedi nuovi è accresciuto da tutte le armi della pubblicità: diffusi con vero apostolato dagli scopritori o lanciati con arte straordinaria dalla réclame commerciale, acquistano una grande fortuna e sono prescritti con fanatismo. In realtà guariscono per qualche tempo. Quando Brown-Séquard ebbe trovato l'estratto testicolare, un medico entusiasta, scienziato di fama, pubblicò centinaia di guarigioni dell'atassia locomotrice ottenute con quella medicazione. E tutti ricordano i primi successi di tanti altri rimedi che poi caddero nell'oblio.

L'importanza dell'elemento psichico nel determinare l'efficacia curativa dei rimedi nuovi emerge da una recente esperienza di Mathieu, il quale, dopo aver destata una viva aspettazione in un reparto di tubercolotici, intraprese su larga scala una cura d'iniezioni di acqua salata. Intanto distribuì tra il personale assistente il lavoro di controllo scientifico. I successi ebbero del meraviglioso: la quantità di espettorato e il numero dei germi diminuiva, il peso aumentava, la febbre si abbassava...

Queste potenti azioni psichiche modificano il comportamento dei rimedi e rendono difficile apprezzarne l'efficacia assoluta nell'uomo. Spiegano la facilità con cui vengono rilasciate attestazioni oltremodo lusinghiere da pazienti e da medici per rimedi destituiti di qualsiasi valore.

Più volte i medici hanno voluto trarre ad arte profitto da questo potere misterioso della suggestione. E di recente Rénon ha ideato il metodo delle *sostituzioni terapeutiche*, il quale consiste nel somministrare ai tubercolotici (abbiamo visto che sono molto suscettibili alla suggestione) una serie di rimedi presumibilmente indifferenti, allo scopo di sostenerne e di sommarne le azioni suggestive rinnovantisi.

* * *

*Terapia extra-medica.* — Alle volte il procedimento suggestivo è avvolto in un'atmosfera densa di mistero. Questa forma di suggestione era la sola arma del medico preistorico, il quale si valeva di esorcismi e preghiere, amuleti e reliquie..... Non per nulla Voltaire ebbe a dire: « la medicina venne al mondo con un fratello chiamato ciarlatanismo ».

In seguito, pur continuando a giovarsi della suggestione, la medicina andò emancipandosi dalle pratiche e credenze superstiziose ed oggi i medici considerano con indifferenza le guarigioni ottenute fuori del campo della loro arte.

Ma le testimonianze hanno pure qualche valore: dobbiamo dunque ammettere la realtà di guarigioni miracolose, compiute nei santuari di tutte le religioni. Quale fluido meraviglioso tocca i pazienti? Gli uni attribuiscono il miracolo ad un soffio divino, gli altri preferiscono invocare la forza quasi irresistibile della suggestione, che pel tramite del sistema nervoso può orientare tutta la nutrizione in senso benefico. Al punto che uno dei più illustri chirurgi, Cheyne, non esita ad attribuire alla suggestione perfino qualche guarigione del cancro! Certo la fede è una delle meraviglie della natura umana; la scienza oggi l'accetta ma non ne spiega gli effetti.

Noi vorremmo richiamare più specialmente l'attenzione sopra alcuni indirizzi para-medici differenziatisi durante questi ultimi decenni ed in cui l'agente attivo è, secondo noi, la fede.

Prevalgono nei paesi anglo-sassoni e teutonici; non si raccomandano alla mentalità latina, lucida e tersa; ma neppure i popoli neo-latini ne sono rimasti del tutto immuni. Intendiamo riferirci a movimenti più o meno estesi: varie forme di *medicina naturale, l'osteopatismo*, il *quimbyismo, l'eddysmo* o *scienza cristiana, l'irvingismo*, il *dowieismo, l'emmanuelismo, l'antonismo*, ecc. Anche l'Italia ce ne fornisce un esempio con *l'arnaldismo*.

Di fronte a queste scuole o forme eterodosse della terapia, in contrasto con la scienza ufficiale, i medici sono spesso portati ad essere intolleranti.

Confessiamo di conoscerle troppo poco per parlarne con sicurezza; tuttavia scorgiamo in tutte un'aria di famiglia.

Come accade per i movimenti religiosi puri, traggono origine quasi sempre da una sola persona che vi lega il nome, dotata di *affinità sinattica* come dice Allbutt: facoltà rara, anzi singolare; in parte è simpatia, amore, devozione attiva pel proprio simile; in parte è attitudine a produrre sorprese emozionali; ma sovratutto è fede intensa, che si comunica quale un contagio.

E come nei movimenti religiosi puri, i fondatori sogliono attrarre entro la loro orbita persone di maggiore autorità, ingegno e coltura, che si fanno promotori ed assertori, banditori e divulgatori del nuovo verbo. In tal modo vengono a stabilirsi curiosi binomi o polinomi (così la predicazione di Gesù venne valorizzata da Paolo di Tarso; analogamente Mrs. Eddy è stata coadiuvata con efficacia dalla sibilla Wilbur).

Si rende spesso manifesta la tendenza a vendere ad alto prezzo i benefici imponderabili di questa psicoterapia. L'elemento commerciale ha contribuito a creare la fortuna e l'enorme diffusione di molte istituzioni para-mediche (al tempio di Epidauro, in Coo, tennero dietro alcune centinaia di asclepieia; così la scienza cristiana, il più grandioso movimento medico-religioso dei nostri tempi, conta alcune centinaia di chiese).

Quando rivestono carattere nettamente religioso, non rinnegano la medicina corrente (nei templi di Epidauro l'elemento teurgico cedette man mano il posto ai metodi naturali di cura: i preti di Eusculapio divennero sempre più medici; ai nostri giorni la psicoterapia religiosa prende veste scientifica nell' « Emmanuel Movement »).

Quando invece manca loro ogni carattere religioso, si pongono ostentatamente contro la medicina ufficiale e ortodossa, che forse è un po' troppo dittatoriale e prosuntuosa. Ai medici riesce ostica l'audace pretesa di questi avversari, i quali vorrebbero annullare d'un tratto le conquiste faticosamente compiute nei secoli. Eppure conviene riconoscere che fra molte dottrine e pratiche aberranti, atte solo a fomentare la suggestione, si trova qualche volta del buono e del vero durevole.

Ma in genere, come fa osservare Bondurant, questi sistemi debbono il rapido successo a due fattori aleatori: il mistero e la novità. Non appena il mistero è chiarito e la novità è invecchiata, la suggestione dilegua, finchè non si veste di un nuovo abito e non le si dà un nuovo nome tentatore. Perciò tutti i metodi che debbono il successo in prevalenza alla suggestione, portano i migliori risultati nelle mani dell'inventore e dei suoi adepti: il tempo, una conoscenza più esatta e un criticismo più impregiudicato, di solito sono loro fatali.

*
* *

*Ipnotismo.* — Una forma specializzata di suggestione è quella imposta durante l'ipnosi provocata, che va dai lievi stati ipnogogici alle ipnosi profonde.

La scuola di Nancy restringeva tutta la terapia suggestiva alle pratiche dell'ipnotismo, il quale ottenne per qualche tempo una voga straordinaria. Ma poi si è riconosciuto che l'ipnotismo ha un campo d'azione ristretto e che ne è dubbia l'efficacia. Così ci si spiega come, dopo un periodo di entusiasmo, sia stato quasi disusato.

Charcot sosteneva che spesso danneggia. Non è forse vero che iuguli il paziente e ne indebolisca la volontà, ma può impressionarlo sfavorevolmente, accrescerne l'emotività e l'instabilità nervosa, renderlo ipersuggestionabile.

D'altra parte la critica serrata di Babinski ne ha ridotto la portata, dimostrando che nei pretesi successi assume non poca parte la suggestione prodotta durante lo stato di veglia e che risultati paragonabili possono ottenersi con altri procedimenti psichici più semplici.

Tutto considerato, si può dire che l'ipnotismo appartiene al passato della psicoterapia: il progresso è consistito nell'abbandonarlo. Risponde solo in casi speciali.

*
* *

*Persuasione.* — La terapia suggestiva, di cui ci siamo occupati fin'ora, tende a restringere la personalità. Non tratta l'uomo come un essere libero, responsabile, ma lo mette alla dipendenza di un'altra volontà. Non investe la psiche superiore, onde i suoi risultati sono per solito instabili e cedono facilmente a nuove suggestioni.

In questi ultimi tempi si è voluto opporvi la persuasione quale forma più evoluta di psicoterapia: secondo Dubois costituisce la sola *psicoterapia razionale.*

Essa fa appello alla ragione ed alla volontà del soggetto; consente alla personalità di svilupparsi e rafforza l'azione indipendente; arreca modificazioni profonde nella psiche, onde porta a cure durevoli; evita i danni della suggestione.

Si può profittare della capacità emotiva per orientare lo spirito verso una concezione più giusta della vita personale. Si può anche ricorrere al solo ragionamento dialettico, senza dir nulla che impressioni il paziente: è la *rieducazione persuasiva o argomentativa* di Dubois e degli adepti.

La persuasione può anche essere ottenuta o rafforzata mediante gli scritti (le famose *« lettere psicoterapiche »* di Oppenheim) o di pubblicazioni (come *« l'educazione della volontà »* di Lévy).

Conviene osservare che la suggestione interviene spesso in larga misura nelle pratiche persuasive. È così che, ad assicurare i risultati della persuasione, importa saper ispirare confidenza. La persuasione puramente dialettica od argomentativa deve considerarsi come illusoria. La suggestibilità è alla base di tutta l'attività psichica e sarebbe vano tentare di affrancarsene.

*
* *

*Psicoanalisi.* — Tra le molte varianti con cui sono state applicate la suggestione e la persuasione, ha destato vivo interesse la *psicoanalisi* di Freud, metodo terapeutico elaborato

su cui è stata edificata tutta una costruzione dottrinaria.

Il metodo psicoanalitico non è ancora molto noto tra noi; onde non ci sembra inopportuno di esporlo con qualche ampiezza.

Esso cerca di sviscerare le idee e notomizzare i sentimenti del malato, di scandagliare il contenuto dei vari sistemi psichici, di scrutare fino ai più profondi recessi del subcosciente: esplora e interpreta le associazioni d'idee spontanee o provocate, il contenuto dei sogni, i piccoli fatti della vita quotidiana, i gesti, le attitudini..... per scoprire nella subcoscienza certi gruppi di tendenze psichiche o *complessi*, sistemi d'idee a tono emotivo, non più presenti nella coscienza ma passati nella subcoscienza.

I complessi sono oltremodo svariati, ma possono ricondursi a quattro categorie che corrispondono agl'istinti fondamentali della nutrizione, della riproduzione, della difesa personale e della convivenza sociale.

Due complessi possono trovarsi in disarmonia e venire in conflitto, specialmente se appartengono a gruppi diversi. Gli antagonismi più comuni insorgono fra i primi tre istinti fondamentali e quello sociale, che si è differenziato più recentemente e non è molto radicato nella psiche. Esempio: in guerra l'istinto della conservazione contrasta col sentimento del dovere verso la comunità.

Quando insorgono questi conflitti sono aperte varie vie alla psiche superiore per eliminarli. Esempio: si può riconoscere l'istinto sociale e purtuttavia rifiutare di lasciarsi guidare da esso. Ma di solito questo mezzo non riesce, sovratutto nelle nature superiori, perchè si tratta di un vero istinto e rifiuta di tacere.

Altri mezzi sono possibili per sfuggire al conflitto: si parla di sublimazione e diversione del complesso, di razionalizzazione che porta ad una dissociazione della coscienza, di proiezione.

Ma nella generalità dei casi il conflitto persiste allo stato attuale e dà origine alle psiconeurosi. Vediamo come.

Gli atti personali degradanti, le esperienze spiacevoli che discordano con le necessità sociali, che urtano contro i concetti e le abitudini etiche saldamente stabilite nella personalità cosciente, vengono allontanati e respinti dalla memoria, cacciati e compressi violentemente nell'io subcosciente. Ivi costituiscono dei complessi che oppongono una resistenza costante alla psiche superiore, censuratrice. Restano inconsapevoli ed innocui nell'uomo normale, dotato di poteri inibitori validi. Ma agiscono fortemente sullo psicodinasmismo degl'individui predisposti, i quali presentano una degradazione del potenziale psichico (ipoenergetici, ipobulici, emotivi, inadattabili).

Quelle forze psicologiche subcoscienti tendono ad affiorare alla soglia della coscienza ed a scaricare l'elemento emozionale compreso. S'impegna una lotta sorda ed oscura per ricacciare l'apparizione molesta e ne deriva un antagonismo tra la vita cosciente e quella subcosciente, la quale assume una preponderanza dannosa al normale svolgimento dell'attività mentale.

I nuclei ideo-emotivi che sorgono dal subcosciente finiscono per invadere e compenetrare la coscienza. Estendono il loro dominio su tutto il mondo psichico: affettano potentemente il pensiero, il sentimento, la condotta, determinando disbulia, instabilità, incoerenza, puerilismo, ecc. Si elaborano e si deformano a loro volta, sotto la compressione della coscienza, e riappaiono alterati, trasformati, travestiti; si riconoscono alla base di formazioni psichiche morbose: idee fisse, ossessive, deliranti, dissociazioni parziali della coscienza, stati ipnoidi, onirici, crepuscolari, ecc., ed anche in fatti della vita normale (tonalità del carattere, sogni). Alle volte vengono trasferti in sintomi svarianti: si obbiettivano in paresi, tremori, crampi, tics, contratture, convulsioni, afonie, parestesie, ambliopie, disturbi funzionali d'ogni natura dei vari organi.

Questi fatti morbosi propri delle psiconeurosi non sono dunque altro che derivati o sostituti d'idee emotive, la quali dissimulano o nascondono la loro origine; conversioni o simboli di dolori mentali precorsi, cui si era negato di riconoscere l'espressione vera e che sono stati sommersi per anni nel dominio della subcoscienza.

I complessi patogeni reagiscono con tanta maggior tenacia, quanto più fortemente erano stati respinti e soffocati nella subcoscienza. Perciò danno origine a formazioni psichiche durevoli, che mantengono lo stato emotivo e lo eternizzano.

Nella genesi dei complessi patogeni ossumono speciale importanza le impressioni intense, che contengono elementi gradevoli e umilianti: veri traumi psichici, fanno vibrare con violenza idee e sentimenti. Il soggetto ricuresà poi di portarli nella sua costruzione mentale, tenterà di allontanarli dalla memoria, di sopprimerli dalla coscienza. In altri termini, insorgerà il determinismo psichico dei complessi.

La psicoanalisi avrebbe dimostrato che il nucleo dei complessi dotati di maggior tenacia e vivavità è di natura sessuale, perchè essi entrano più frequentemente e più violentemente

degli altri in conflitto con le tendenze morali, e la coscienza si sforza inutilmente di tenerli in freno. Questa egemonia sessuale è stata chiamata da Bleuler *pansessualismo*.

Conviene avvertire che Freud estende molto il concetto della sessualità.

Secondo le sue vedute, nello sviluppo ontogenetico l'istinto sessuale è prima latente, potenziale, non localizzato (libido); eppure lo stimolo di regioni ricche di terminazioni venose (dette erogene) desta sensazioni sorde di piacere di natura sessuale. Poi si differenza la sensazione specifica, onde l'ammirazione per i propri genitali che darà origine ad uno speciale complesso (detto di Narciso). All'auto-erotismo succede presto l'etero-erotismo e l'istinto sessuale si riversa sulle persone con cui si è più spesso a contatto, senza distinzione di sesso (ambosessualità), compresi i genitori (onde si differenziano, e in tutti noi sarebbero latenti, i complessi incestivi Elettra o Edipo!). Vi si riallacciano certe tendenze parentali. I traumi erotici della vita infantile sarebbero molto intensi.

Un po' per volta la personalità si sforza di modellarsi alla coercizione esercitata dal mezzo: appaiono il pudore, la vergogna, il disgusto e si differenzia l'istinto sessuale normale.

L'educazione però frena di continuo l'istinto sessuale e lo tiene nella penombra; condizioni d'ambiente e necessità sociali vi oppongono mille ostacoli.

L'individuo normale si modella a tutte queste esigenze. Egli trova assurda la concessione di Freud, appunto perchè l'educazione ne ha represso del tutto gli elementi intollerabili, confinandoli nella mente inconscia, cioè oltre il subconscio, e lo ha convertito in un essere morale, socievole, estetico.

Molti individui però non sanno disciplinare la sessualità, che defluisce da tutte le parti e s'utilizza o si sperpera secondo circostanze fortuite d'ambiente o d'educazione.

Alle volte essi lasciano libero corso alle loro tendenze istintive e divengono dei pervertiti. Tutte le fasi e le circostanze dell'evoluzione complicata dalla psicodinamismo infantile possono dare origine, per emergenza e fissazione alterata d'uno o più componenti instintivo-sessuali, allo sviluppo di pervertimenti nelle loro molteplici forme.

Quando invece avviene un contrasto persistente, una lotta tenace tra i desideri contrariati e le forze che li comprimono, insorgono le psiconeurosi. Queste dunque sarebbero come la negativa dei pervertimenti sessuali.

Freud individua due sole psiconeurosi: l'isteria e la neurosi d'ossessione (che corrisponde nelle linee generali alla psicastenia) (1).

La cura o *psicoterapia analitica* è lo scopo e la ragion d'essere della dottrina di Freud.

La tecnica del metodo terapeutico è quella stessa della psicoanalisi: il medico guarisce al tempo stesso che esplora il subcosciente.

Per arrivare agli strati del subcosciente non bastano, secondo Freud, nè la persuasione, nè la suggestione, ma è necessario investigare tutta la personalità psichica, decomporla nei suoi elementi, ciò che si ottiene col metodo organico da lui elaborato. Così il paziente ricorda molto che sembrava perduto; ogni tanto penetra nel subcosciente, lo svela e lascia ravvisare i complessi morbosi.

Per correggere questi disturbi il medico li riporta nel foco della coscienza, li riprende all'origine. Egli scopre l'onta dimenticata, mette il paziente di fronte ad essa, lo obbliga a riconoscerla, a risentirne l'impressione, fa che se ne renda conto esatto e che non la tema; in tal modo la toglie dal subcosciente, ne ristabilisce le relazioni normali con la coscienza, la pone sotto il controllo del ragionamento e

(1) Secondo Freud una genesi diversa delle psiconeurosi hanno le neurosi pure, che includono la nevrastenia e le nevrosi d'ansia.

La nevrastenia di Beard e Charcot sarebbe dovuta ad esaurimento nervoso, legato per lo più ad un'attività sessuale esagerata (masturbazione, polluzioni, rapporti sessuali normali in eccesso); è caratterizzata da affaticabilità. La guarigione sarebbe da conseguire mercè la morigeratezza, senza però giungere all'astinenza, la quale può esasperare il desiderio e condurre alle neurosi d'ansia o d'angoscia (vi rientra la frenocardia di Herz). Queste sarebbero caratterizzate da disturbi emotivi, acuti o cronici, e legate ad irritazioni e tensioni genesiche non soddisfatte, ad accumulo di eccitamenti mentali che non trovano una scarica somatica; si riscontrano in pazienti che fanno grandi sforzi per rinunziare alla masturbazione, in coppie che non possono addivenire al matrimonio, in donne con marito vecchio e debole, in vedovi e specialmente in vedove, nelle epoche climateriche di esagerazione della libido (presenilità). Contro queste forme Freud ritiene utile una vita sessuale normale, perchè modera lo psichismo disordinato, calma l'esasperazione creata dalla continenza, la quale per questo motivo non sarebbe sempre innocua. Il matrimonio avrebbe un valore terapeutico ed il ritardo nel matrimonio sarebbe dannoso dal punto di vista dell'igiene personale. Come correttivo egli ammette persino la prostituzione od anche una maggiore libertà nei rapporti sessuali, senza per questo sciogliere i freni della licenza e della depravazione.

Riteniamo che, pur facendo ampie riserve su queste vedute di Freud, esse meritino un attento esame.

della volontà, le dà l'espressione vera. Egli completa il suo compito mediante spiegazioni prudenti, consigli e divieti; colma le amnesie dello sviluppo affettivo, favorisce la derivazione utile, la sublimazione o socializzazione dei complessi, annulla le tendenze represse, riporta una vita sessuale normale; così ristabilisce l'equilibrio psichico turbato.

Si tratta di un metodo teorico attraente, che stimola lo psicologo. Ma soltanto la fraseologia è nuova: il metodo era già impiegato per l'analisi psicologica da Pierre Janet molti anni prima ed anche da Joseph Breuer, maestro e collaboratore di Freud (Breuer parla di metodo catartico, Freud di metodo psicoanalitico; alcuni schernitori lo dicono «massaggio dell'anima»).

Janet era anche giunto ad una concezione analoga delle psiconeurosi nelle quali egli pure vedeva un restringimento del campo della coscienza; ma per Janet esso è congenito, mentre per Freud dipende da cattiva utilizzazione dinamica delle forze istintive.

Freud crede che nel suo metodo curativo non intervenga la suggestione; ma in fondo si tratta di un metodo altamente specializzato di suggestione: impiega la *confessione* cattolica, della quale gli psicologi avevano più volte riconosciuto il valore terapeutico; ma la rende più indaginosa, più penetrante.

La struttura dottrinaria di Freud e degli adepti e continuatori è passibile di critiche. Se pure, verrebbe ad essere spiegata la genesi e l'espressione delle psiconeurosi, senza risalire alle cause. Come osservano Régis ed Hesnard, si tratta solo di *un tentativo di patogenesi*. Lo stesso meccanismo patogenetico rimane oscuro. Perchè i traumi psichici scomparrebbero interamente dalla coscienza e si affonderebbero nel subcosciente a insidiare la personalità? Le belle ricerche del Masini sugli alienati criminali provano che sono piuttosto i ricordi tormentosi insistentemente presenti alla coscienza, quelli che esercitano effetti dannosi, non già quelli dimenticati e passati nella subcoscienza. Un altro punto debole e che ha destato le più vive opposizioni è la universalità del fattore sessuale, che per Freud è sempre operante. Spesso manca ogni relazione possibile tra la vita sessuale ed i sintomi morbosi; presumibilmente Freud ha esagerato: neuropatico ed erotico non sono sinonimi.

È poi da tener presente la possibilità che il medico si lasci mistificare dai pazienti.

Si può partire anche da basi false per compiere buone osservazioni. Se perfino la scienza cristiana ci ha fornito inaspettati insegnamenti, sarebbe assurdo che proprio il metodo di uno psicologo del valore di Freud non dovesse portare dei contributi effettivi e cospicui al nostro sapere.

Per noi dunque non è dubbio che la dottrina contenga del buono e che segni una conquista.

Ma nelle applicazioni pratiche s'impone molta prudenza. La psicoanalisi ha molte controindicazioni. Non sempre fa bene; alle volte induce un perturbamento mentale, uno stato ansioso di autoanalisi, d'interiorizzazione. Il medico, nel ricercare gli avvenimenti sessuali dell'infanzia, finisce spesso per eccitare la fantasia del malato. La guarigione è talvolta illusoria: se le condizioni di tempo e di luogo continuano, i disturbi persistono. Si tratta anche di un metodo troppo complicato e fastidioso, che importa molta perdita di tempo e perciò si rende costoso. Conduce ai risultati di metodi più semplici, compresi quelli dei ciarlatani. Ha un campo d'azione limitato: può applicarsi solo a qualche caso, nelle classi più altamente educate. Si presta bene di preferenza per le isteriche di professione, per i pervertiti sessuali ipereducati..., cui non giovano le risorse comuni della psicoterapia.

È interessante conoscerlo, e giova tenerlo presente per applicarne qualche principio; ma nella sua forma integrale non potrà ottenere larga applicazione nella pratica corrente.

Un allievo di Freud, Jung, ha modificato la dottrina originaria, restringendo il campo della sessualità e sostituendo al concetto della repressione dei ricordi molesti quello di regressione spontanea con rianimazione delle reminiscenze e drammatizzazione secondaria fantastica.

Altri allievi di Freud hanno tentato di avvicinare alla patogenesi della psiconeurosi quella di molte forme psichiche: demenza precoce, paranoie, stati deliranti, onirici e crepuscolari di ogni natura. Il malato cercherebbe di far cessare il conflitto tra la ragione e il subcosciente e tra le forze instintive del subcosciente, rifugiandosi nella vita interiore o autistica (schizofrenia), oppure riportando su altri le tendenze penose per realizzare le sue tendenze istintive e deformandone l'interpretazione (paranoia).

Un'analisi psichica condotta con arte, che non avvalori questi disturbi ma ne segua pazientemente la genesi, si dimostrerebbe utile e porterebbe ad emendarli, sovratutto se compiuta durante i periodi di requie del delirio, negli intervalli lucidi. Varî tentativi terapeutici sono già stati compiuti in tal senso con successo.

Da più parti si è riconosciuto che, per rendere più accettabile e più salda la dottrina di Freud, occorrerebbe una concezione più larga e generale delle tendenze primordiali dell'uomo; in altri termini, converrebbe ammettere che, oltre all'istinto sessuale, altri istinti debbano avere

molta parte nel favorire o nel determinare le psiconeurosi. Probabilmente anche per essi la causa dello stato morboso andrebbe ricercata piuttosto in conflitti attuali anzi che in avvenimenti remoti i quali provocano un ansioso lavorio latente di repressione, come vorrebbe Freud.

Così il Baldi ha tentato di ricondurre ad un meccanismo simile ma non identico a quello ammesso dal Freud la neurosi da infortunio. Qui il trauma sarebbe di natura economica: nel subcosciente si elabora l'idea falsa di diritti conculcati e del risarcimento di danni, e questo complesso ossessivo si tradurrebbe in sintomi obbiettivabili, al tempo stesso che si restringe il campo della coscienza, mentre la personalità subcosciente si arricchisce di tutto ciò che è stato tolto alla personalità primitiva. Un altro sentimento profondamente radicato è la conservazione della vita. Viene cimentato in guerra e può modificare tutta l'attivià psichica, assumere valore genetico e rifrangente in varie forme di psiconeurosi, indipendentemente da qualsiasi trauma fisico. Altro sentimento vivo che indubbiamente può essere causa di psiconeurosi è l'ambizione delusa.

Le psiconeurosi dunque si modellano sulle circostanze, si ambientano, assumono fisonomie sintomatiche diverse, nelle quali si mescolano elementi morbosi svariati (isterici, psicastenici, neurastenici, ansiosi, psicosici).

Un'analisi psichica illuminata indaga le cause e le modalità della dissociazione e digregazione parziale della coscienza e può portarvi riparo, risanare la personalità psichica. Ma spesso queste psiconeurosi guariscono sotto lo stimolo della persuasione semplice, dell'incitamento, della censura, della minaccia, per effetto del contagio psichico determinato dall'esempio o quando cessano le cause occasionali che le hanno provocate.

*
* *

*Psicoterapia passiva.* — È possibile distinguere una forma passiva di psicoterapia, in cui manca l'azione intenzionale diretta del medico sul paziente.

Vi rientrano i mezzi che sottraggono il soggetto all'ambiente abituale che ne mantiene e ne alimenta lo stato morboso: distrazioni, viaggi, nuove residenze... Anche una vita ritirata, tranquilla, può giovare, essere di riposo allo spirito esagitato; così nel medio evo la clausura costituiva un mezzo curativo efficace per molte anime in pena.

Una modalità nuova di questa psicoterapia passiva è data dall'*isolamento* alla Weir-Mitchell, il quale vanta incontestabili successi nelle forme neuro e psico-asteniche ed isteriche. Lo spirito è fortemente colpito e suggestionato dall'isolamento; in secondo tempo però interviene una cura psichica attiva da parte del medico: così l'influenza personale di Veir-Mitchell, il suo potere suggestivo e persuasivo, spiegano molti successi clamorosi che poi non si sono più ripetuti.

*
* *

*Il campo della psicoterapia.* — La psicoterapia è il campo di tutte le così dette malattie funzionali, *sine materia*, delle neurosi e psico-neurosi, delle manifestazionni morbose psicogene, del mimetismo morboso, delle affezioni riflesse...

Quanto più tangibili sono le alterazioni strutturali, tanto più si sottraggono all'effetto psichico; ma anche le malattie organiche più gravi possono esser migliorate dalla psicoterapia. Questa offre almeno una speranza: se non guarisce il corpo, conforta l'anima.

Nell'insieme i medici affettano del disdegno per la psicoterapia; la considerano forse come un mezzo regressivo di cura, sopravissuto alla medicina religiosa o ciarlatanesca; presumono di lasciarsi guidare dallo spirito d'onestà scientifica trascurandola. Ma riteniamo che potrebbero valersene senza sentirsi diminuiti, quale *integrante* delle altre cure.

Vorremmo bandita la suggestione, quando segua un ritorno alle pratiche superstiziose indifferenziate. Lasciamo ai ciarlatani di convertire la credulità in denaro; il medico onesto non può competere con essi.

Se mai, egli può ricorrere utilmente ad alcune risorse extra-mediche. Molti malati che sono la disperazione dei medici andrebbero messi alla prova. Così Charcot mandava alcuni malati a Lourdes.

Ci sembra raccomandabile senza riserve invece la persuasione, che fa appello all'intelligenza ed alla volontà, per quanto essa sia sempre rafforzata da elementi suggestivi. Il senso medico comune l'impiega correntemente senza saperlo, ma si potrebbe certamente farne un impiego più cosciente e più esteso.

È strano, ma oggi i medici agiscono di preferenza in modo da agevolare le suggestioni sfavorevoli. Convenendo col malato sull'esistenza di disturbi mimetizzati e adattandovi un nome, praticando esami inopportuni che richiamano l'attenzione su qualche organo, prescrivendo regimi severi e cure definite, essi operano suggestioni morbigene, le quali sostengono ed aggravano o creano false rappresentazioni mentali. Molte affezioni gastro-intesinali, cardiache, uterine, respiratorie, ecc. non riconoscono altra causa. In secondo tempo esse guariscono per suggestione terapeutiva diretta o indiretta.

Lo spirito di onestà medica deve mettere in guardia contro la possibilità di creare ed alimentare questi sintomi pitiatici.

Uno dei meriti precipui della medicina contemporanea è di avere scoperto tali manifestazioni morbose, coltivate inconsapevolmente dai medici con tutte le risorse suggerite dall'arte.

Ed avere appreso al evitarle ed a curarle.

L. VERNEY.

# SUNTI E RASSEGNE.

## MEDICINA.

### La chinina e la cura della infezione malarica.

In un precedente articolo abbiamo trattato della chinina; ora diremo delle sue applicazioni.

Ogni preparato di chinina agisce da antimalarico per la sua proporzione di alcaloide: la dose nella quale si impiega è dovuta essenzialmente, ma non esclusivamente, al suo contenuto di chinina. La dose terapeutica è di gr. 1-1.5 per soggetti adulti; nei casi di malaria grave è di 2-2.5-3 grammi al giorno. Somministrate tali dosi, sufficienti ad indurre una carica utile di chinina, si deve continuare fino a che la febbre non è spenta e per alcuni giorni successivi a prescrivere il farmaco in dose approssimativamente adatta a mantenere codesta proporzione. Durante la somministrazione si deve sorvegliare il primo insorgere del chinismo per arrestarsi: non bisogna dimenticare il già detto, riguardante la tolleranza individuale. Ai bambini conviene generalmente la dose di gr. 0.10 per ogni anno di vita: nelle donne bisogna ridurre le dosi almeno di un quinto. Controindicano il chinino la minaccia di taluni gravi sintomi (sordità, cecità) a meno che non corra pericolo la vita del soggetto; controindicano pure il suo impiego le idiosincrasie. È consigliabile di far assorbire ai malarici gravi le alte dosi terapeutiche di 2-3 gr. per giorno, ma non sorpassarle, come taluni fanno, arrivando alle dosi addirittura inverosimili di 8-10 grammi.

Il malarico grave devé ricevere dosi efficaci di chinina, ma nel tempo stesso si deve sorvegliare la sua resistenza generale, le sue forze circolatorie, e qualsiasi altro disturbo comunque capace di indebolire la sua resistenza organica.

Intimamente legata alla dose è la via di somministrazione del rimedio. La propinazione per bocca è la via di elezione: limitato è il numero dei casi, nei quali occorra ricorrere ad altre vie. Per la forma soluta è assai opportuno per via gastrica il bisolfato di chinina. La forma pillolare ha l'inconveniente che permette di somministrare solo piccole dosi. La forma più adatta per i sali di chinina sono le cartine od i cachet: per essa convengono i sali poco salubri (solfati).

Quando si vogliano ottenere prontamente e validamente gli effetti del farmaco è consigliabile somministrarlo a stomaco vuoto. I tannati, preparati insolubili, debbono usarsi in dosi almeno triple: la dose terapeutica sarà di 3-4 grammi. Essi convengono quando non sia necessaria un'azione energica, pronta, quando lo stomaco e l'intestino siano in modo speciale suscettibili, quando il soggetto non sia in grado di inghiottire pillole, confetti, cartine, e non tolleri il sapore amaro dei sali solubili, od insorgano molto facilmente sintomi di chinismo: tale complesso si verifica più specialmente nelle donne e nei bambini. Contro la sua divulgazione è però la grande massa di sostanza da inghiottire, la quale rappresenta un inconveniente non piccolo.

I suppositori di chinina debbono assolutamente proscriversi: i clisteri non sono consigliabili per la incertezza della quantità di chinina che fanno assorbire e per l'irritazione locale. Le iniezioni ipodermiche sono degne della buona reputazione, che godono nella pratica clinica, ma vanno riservate ai casi gravi: non possono considerarsi scevre di inconvenienti, ma questi sono evitati da una tecnica facile. Ai casi gravissimi di malaria vanno riservate le iniezioni endovenose.

Per troncare con sicurezza gli accessi febbrili si introdurrà nell'organismo parecchie ore (6-8) prima del loro inizio una buona carica di chinina (metodo italiano, o di Torti): 1-1,5 gr. di chinina in dosi di gr. 0.50, con distanza di mezz'ora o un'ora, oppure in dosi refratte (20 cgr.), ma ravvicinatissime (ogni 10-15-20 minuti primi). L'ora in cui inizia l'accesso od è precisata dallo stesso malato, od è calcolata dal brivido, ricordando che esso insorge 1-2 ore dopo l'inizio del parossismo, o si desume dallo studio delle tabelle termiche. Quando la febbre è continua, od è accompagnata da sintomi pericolosi, non si starà inoperosi: il metodo unico consiste nel dare nel più breve tempo possibile una sufficiente quantità di chinina (gr. 1.5-2). Dopo la prima forte somministrazione si continuerà nell'uso, dandone ad intervalli di 3-5 ore nuove dosi, in modo però da non sorpassare i 2.5-3 grammi *pro die*, più volte ricordati come limite massimo.

La febbre può però anche cessare spontaneamente; nella quartana e specialmente nella terzana benigna la febbre cessa, anche soltanto tenendo il malarico in buone condizioni di am-

biente e di nutrizione. Talvolta si attenua anche la terzana maligna.

Quando la febbre è comunque troncata, essa ha tendenza a recidivare; ma l'uso precoce e protratto della chinina evita le recidive. Interrotta la serie degli accessi febbrili, si deve dare il farmaco nella dose di gr. 1-1.5 *pro die,* e la somministrazione dovrà prolungarsi per 15-30 giorni, a seconda che si tratti di malaria primitiva, o recidiva. Inoltre per un secondo mese nella malaria primitiva e per due nella recidiva è consigliabile dare 1 grammo di chinino al giorno, lasciando due giorni liberi, sempre bene inteso che gli accessi febbrili non tornino a manifestarsi. È questa la cura immediata delle recidive, mentre può chiamarsi cura protratta il trattamento da usarsi nel periodo successivo fino al periodo preepidemico. In tale periodo si darà il chinino per due giorni di seguito ogni settimana in dosi di 1-1.5 grammi, potendosi intercalare delle pause in pieno inverno ed anche fino all'inizio della primavera. Dall'aprile all'agosto è necessario riprendere una cura chininica più intensa. Continuando così la cura, almeno per l'intero anno, si hanno le maggiori probabilità di guarire della malaria.

Nei giorni dell'accesso il malarico si asterrà dal lavoro, per quanto, specie nella quartana e terzana benigna, possa accudire alle sue faccende nel periodo tra un accesso e l'altro. Nei giorni di febbre la dieta sarà leggera, il malato rimarrà a letto, ben coperto: utili furono trovate nel periodo iniziale le inalazioni di nitrito d'amile. Nel periodo iniziale le bevande copiose debbono essere proscritte perchè facilmente producono il vomito: si concederanno invece nel periodo del caldo. Nell'apiressia il malarico deve attenersi ad un regime di convalescenza.

Un vomito non intenso, nè molto insistente, è comune a molti malarici; per combatterlo bastano pezzetti di ghiaccio, la pozione del Riverio, l'acqua cloroformizzata, la tintura di iodio in acqua, l'oppio. Non sono indicati i purganti: irritando e congestionando la mucosa, possono accrescere la tendenza alla localizzazione dei parassiti e determinare sintomi perniciosi; si può tutt'al più usare qualche blando lassativo ed il calomelano a piccole dosi.

Contro i disturbi gastro-intestinali, che diventino pericolosi per la loro insistenza e per la debolezza del soggetto, si può ricorrere agli oppiacei ed alla morfina.

Deve proscriversi il salasso nelle perniciose algide ed anche nelle comatose; in casi eccezionali possono consigliarsi le sottrazioni locali: sanguisugio emorroidario nei forti ingorghi del sistema venoso addominale, sanguisugio alle mastoidi in perniciose con fenomeni di eccitazione. Nelle intense manifestazioni a carico dei centri nervosi l'applicazione permanente del freddo (vescica di ghiaccio) è di grande utilità.

Quando altri organi entrino in tale sofferenza (perniciose) da minacciare la vita, ad essi bisogna rivolgere con prontezza ed energia le cure indirette della malaria. Grandissima importanza in quasi tutte le forme, hanno le depresse condizioni del circolo: s'impone quindi allora l'uso degli eccitanti generali e specialmente dei tonici cardiaci. Utili a tal riguardo sono anche le iniezioni sottocutanee di adrenalina. Contro la anemia acuta, la debolezza circolatoria ed il collasso giova assai l'ipodermoclisi. La temperatura elevata si mitiga con blandi mezzi chimici o fisici: vescica di ghiaccio in testa e agli ipocondri, impacchi freddi sull'addome, qualche blando antipiretico (antipirina) associato alla chinina.

Per combattere i danni residuali della malaria disponiamo pure di mezzi molto utili, fra cui in ispecial modo l'arsenico unito al ferro. Notevole importanza hanno anche le prescrizioni igieniche. Il cambiamento di clima riesce assai benefico ai malarici: si invieranno in un clima elevato i malarici soltanto quando gli accessi sono stati troncati da qualche tempo, per il facile rimanifestarsi degli attacchi febbrili. È bene inoltre procedere gradualmente: non è utile cioè portare di botto i malarici in altitudini notevoli, come pure l'alta montagna troverà le sue controindicazioni nei profondi gradi di debolezza e di cachessia, specie se accompagnati da lesioni renali. I malarici, ai quali non conviene la montagna, saranno inviati in climi sani, asciutti, preferibilmente marittimi. Per gli immigrati in regioni malariche, colpiti dalle febbri, è necessità assoluta e immediata il rimpatrio quando si manifesti intolleranza per la chinina, od ebbero attacchi gravissimi, o con postumi. Fra i mezzi fisici, che coadiuvano la guarigione dei malarici, hanno antica rinomanza le cure d'acqua: le acque lassative (cloruro-solfatiche) e le ricostituenti (arsenicali-ferruginose); le prime agiscono contro l'ingrossamento della milza, le congestioni del fegato, la dispepsia ed i disturbi gastro-enterici.

Il clima, le docce tiepide, il riposo completano i benefici delle cure suddette. Delle sostanze, che meglio coadiuvano l'azione della chinina, speciale menzione meritano l'oppio e la caffeina: il primo calma l'irritazione del chinino nello stomaco e sull'intestino, combatte le manifestazioni gastro-enteriche. A tale scopo bastano le dosi piccole, che agiscono anche come lieve stimolante per l'organismo. Il caffè e la caffeina

attenuano gli effetti dannosi della chinina sul cuore e sui centri nervosi; allo stesso titolo è indicata la canfora. Contro i fenomeni di stordimento e titubazione giova la belladonna ed i suoi derivati. Nella cura dei cachettici l'unione del ferro, arsenico e della chinina rende i migliori servizi; la noce vomica ed i suoi derivati si uniscono con vantaggio all'arsenico ed al ferro.

A prescindere dalla chinina, altri farmaci furono usati per combattere la febbre malarica, ed alcuni con risultati discreti: alcuni composti organici di arsenico, la fenocolla, il bleu di metilene, alcune preparazioni di *heliantus annuus*. Del primo abbiamo già detto i benefici nella malaria cronica, misto od intercalato al chinino. Come mezzo specifico di cura non corrisposero nè i preparati inorganici, nè gli organici, fra i quali l'harrenal, il cacodilato, il metarsile, l'atoxil. Di una certa azione è invece il diossidiamidoarsenobenzolo (salvarsan di Ehrlich), non però più rapida, nè più intensa di quella del chinino e non preserva dalle recidive meglio di questo farmaco. Nella malaria cronica il salvarsan ha portato veri vantaggi per iniezioni endovenose, od intramuscolari. Esso non promette di rimpiazzare la chinina nella cura della malaria; si userà invece come il migliore dei sostituiti nei soggetti con intolleranza per il chinino.

Gli effetti antimalarici della fenocolla sono scarsi, o nulli. Il bleu di metilene giova in un certo numero di casi, ma è inferiore al chinino e può proficuamente darsi in casi di intolleranza per il chinino alla dose di gr. 0.30-1 al giorno. All'*helianus annuus* non fu riconosciuta una efficacia da potersi confrontare con quella della chinina.

Dei preparati di limone (succo, decotto) sono riconosciuti i vantaggi nei postumi della malaria: disturbi delle funzioni gastro-intestinali, ecc. Furono tentate varie specie di siero con effetti però tutt'altro che incoraggianti. Esistono alcuni tentativi di organoterapia con la polpa splenica: essa è utile contro l'anemia e la cachessia malarica, non contro la malattia in sè.

La luce è suggerita da King nella cura dei malarici. Le applicazioni dei raggi X sulla regione splenica non producono alcun effetto sulla febbre e sui parassiti. Nella malaria latente producono notevole riduzione dell'ingrossamento della milza.

Da quanto ho fin qui esposto si deduce che non esistono succedanei della chinina.

Poche parole basteranno in relazione più specialmente alla terapia delle varie specie di malaria.

Nella quartana la cura non deve essere precipitata: attendendo qualche giorno che la forma clinica si delinei, si risparmia poi chinino, attaccando il parassita nel momento più opportuno. Si darà gr. 1-1.5 di chinino circa 5-8 ore prima del brivido: viene l'imminente accesso, ma chiude la serie, poichè la generazione febbrigena resta in massima parte spenta. Si somministrerà poi gr. 1 di chinina al giorno, per impedire la rinascita, non solo della generazione già febbrigena, ma anche di quelle latenti. Dopo 12 giorni si darà 1 gr. di chinino ogni 3-4 giorni per altrettanti giorni, poi si può dare con intervallo raddoppiato per un paio di mesi almeno. Se la quartana è multipla, si ripetono le prime somministrazioni atte a troncare il ciclo asessuale in modo da uccidere ogni generazione parassitaria.

Se si tiene un terzanario in riposo e con buona alimentazione, è facile veder chiudersi il periodo delle febbri. Il plasmodium vivax è il più sensibile all'azione della chinina: 1-1.5 gr., somministrato 6-8 ore prima dell'accesso, basta per troncare la vita del maggior numero dei componenti la generazione asessuale e con ciò arresta l'insorgere di successivi accessi febbrili; si presenta solo quello immediato. Poichè nella terzana benigna si hanno quasi sempre due generazioni contemporanee, è utile somministrare un'altra dose terapeutica, possibilmente in rapporto con la schizogenesi della seconda generazione. Si adotteranno in seguito criteri analoghi a quelli della quartana. Presentandosi le terzane preepidemiche nella primavera e nell'estate successiva, è necessario combatterle a tempo con la somministrazione protratta dal maggio al settembre di chinino in dosi bisettimanali di gr. 1-1.5. Se la febbre viene malgrado ciò, si riprende la cura secondo le norme già dette.

Nella terapia della terzana maligna, sotto qualunque forma si presenti, bisogna essere pronti, energici, pertinaci. Si darà il chinino quando la temperatura declina alla dose di gr. 1.5-2-2.5.

Dopo la prima generosa dose di chinina si daranno in seguito dosi medie (gr. 0.5) ogni 4-6 ore, affinchè sia di continuo rimpiazzata la quantità di chinino, che a mano a mano fuoriesce dal circolo sanguigno. Anche contro tale energico attacco la febbre resiste per 3-4 giorni: non suole cioè cessare di colpo, come nelle altre due specie di malaria. Quando la febbre è troncata si insista nel chinino per farne assorbire almeno gr. 1.50 al giorno, e ciò per 15-20 giorni. Dopo questo tempo si daranno gr. 1-1.5 per due giorni di seguito, con due

giorni di intervallo, per 1-2 mesi. Passato anche questo periodo seguirà poi per due mesi la somministrazione del chinino per due giorni di seguito ogni settimana.

Dopo questo tempo si sospenderà la cura chininica, salvo a riprenderla nel mese di giugno, od anche verso la fine di maggio, per impedire che si sviluppino in luglio-agosto le recidive a lunga scadenza.

Nel periodo acuto della malattia il chinino è dato all'inizio per bocca, ma nei casi gravi conviene ricorrere alla via ipodermica e nei gravissimi alla via endovenosa, secondo le regole già in precedenza esposte.

Nelle perniciose la cura specifica deve sempre farsi con prontezza ed energia. Si dà in breve tempo (6-8 ore) una dose terapeutica alta (grammi 2.5-3). In seguito si somministrerà il chinino ogni 4-6 ore in dosi tali da supplire le quantità che approssimativamente si eliminano e cioè circa gr. 2 al giorno, insistendo per 4-6-8 giorni fino a che le condizioni dell'infermo non siano effettivamente buone.

Se v'è la più piccola difficoltà a far prendere il chinino per bocca, o si dubiti del suo assorbimento, si ricorra alla via sottocutanea: comunque il pericolo sembri incombere si faccia l'iniezione endovenosa alla Baccelli. I perniciosi spesso muoiono; quando sopravvivono guariscono con una certa prontezza e abbastanza completamente delle forme subcontinue, mentre dalle comitate riportano relitti più o meno tenaci e gravi.

Nel malarico cronico prima indicazione curativa è di eliminare l'attività del parassita: il mezzo più indicato è la chinina usata a lungo in dosi terapeutiche ed a periodi determinati. Nei casi in cui anche una buona chinizzazione si mostri insufficiente, si rinforzi con l'uso successivo ed alternato del 606. In rari casi ha giovato il bleu di metilene. Conviene in secondo luogo combattere l'anemia con preparati di ferro ed arsenico, con alimentazione corroborante, con l'uso di amari, con l'uso di blandi lassativi (aloe, rabarbaro, acque minerali), con il soggiorno in clima di montagna, o marittimo.

Per ridurre il tumore di milza, oltre l'osservanza delle regole suesposte, gioveranno i raggi X, il radio, le iniezioni sottocutanee di miscela iodo-iodurata di Durante, con aggiunta di guaiacolo. L'estirpazione è indicata non solo quando le condizioni generali sono buone, ma quando pure sarà iniziata la cachessia, e se essa abbia migliorato in primo tempo con le cure mediche. La splenectomia è controindicata se il malarico va soggetto ad emorragie e se l'organo ha contratto numerose e strette aderenze.

La splenoctomia non è nè la cura ideale, nè la cura radicale della cachessia malarica.

Dalla rapida esposizione da me fatta due concetti nella cura della malaria appariscono di importanza capitale. Il primo è che altra è la cura dell'attacco febbrile, altra la cura della malaria. È superfluo, dopo quanto ho sin qui detto, che io spenda parole per giustificarne la esattezza. L'altro criterio ha una importanza pratica enorme: le dosi minime della chinina sono inefficaci, le medie attive e giuste, le forti sono a volte pericolose. Il medico pratico, attenendosi a queste due massime, possederà in ogni caso le basi fondamentali per intraprendere saggiamente la cura di un soggetto malarico.

CIUFFINI.

## CHIRURGIA.

### Classificazione delle fistole anali.

(IVOR BACK, *The Practitioner*, 1915, n. 565).

Ivor Back combatte, mediante sue osservazioni personali, alcune idee molto comuni circa la patogenesi della fistola anale. Non si occupa della fistola anale d'origine tubercolare, la quale secondo la sua esperienza è molto meno frequente di quanto comunemente si crede, cioè non più del 5 % dei casi. L'A. si domanda quale può essere la causa del 95 % dei casi di questa malattia tanto comune.

Tranne alcune varianti, la classificazione etiologica più comune nei vari trattati sarebbe la seguente:

1° Penetrazione di corpi estranei, per es. d'una spina di pesce, attraverso la mucosa rettale;

2° Infezione di un ematoma prodotto per es. da un calcio;

3° Esposizione della regione a caldo o freddo, specialmente sedendo su luoghi umidi;

4° Grattamento per prurito anale;

5° Discrasie sanguigne;

6° Infezioni ematogene.

L'A. avrebbe osservato un solo caso di fistola anale causata dal passaggio di una spina di pesce attraverso la parete del retto; nella sua lunga esperienza non ha potuto mai accertarsi dell'attendibilità delle altre cause su elencate.

La vera origine della fistola anale si può spiegare sui basi anatomiche e sullo sviluppo morfologico della regione.

Com'è descritto succintamente nel *Manuale di Chirurgia* di Russel Howard, «il retto si sviluppa dall'intestino posteriore, che da principio finisce a capo cieco nella parte inferiore

dell'embrione. Verso la 4ª settimana della vita intrauterina un'invaginazione dell'epiblaste, il proctodeo, va incontro al futuro orificio anale, e consecutivamente si unisce con l'intestino posteriore e forma così un passaggio aperto. Prima che ciò avvenga, l'allantoide sbocca nell'intestino posteriore, e perciò si ha una cloaca comune per l'intestino e per l'apparato uro genitale. Verso la 10ª settimana, questa cloaca è divisa da un setto longitudinale in segmento anteriore o urogenitale, e segmento posteriore o rettale; fra questi due si viene ad avere il perineo. Verso la 12ª settimana il proctodeo si unisce all'intestino, e così è completo lo sviluppo del retto e dell'ano ».

Il livello di congiunzione fra il proctodeo e l'intestino è situato esattamente fra i due sfinteri interno ed esterno: questa linea di congiunzione è rappresentata nello sviluppo ulteriore da una corona di piccole escrescenze sulla superficie della mucosa anale, in numero da 5 ad 8, dette papille anali. Possono essere messe in evidenza con lo speculo, o stirando in giù con due dita la mucosa dell'ano; all'esplorazione digitale si palpano come piccole protuberanze alte circa 1/8 di pollice.

Queste papille non hanno nessuna importanza fisiologica, mentre possono essere la causa diretta di molti disturbi rettali. Secondo l'A., esse sono la causa delle ragadi e delle fistule anali mediante la stitichezza.

Se si determina lo strappamento completo di una papilla, ne risulta una lacerazione ragadiforme, alla quale di solito non consegue infezione profonda, perchè essa è aperta all'esterno e quindi non manca il drenaggio naturale dei prodotti di secrezione della ferita.

Se la papilla è staccata soltanto alla base, si ha una ferita lacera non ben drenata, e quindi si stabilisce facilmente l'infezione che può portare alla formazione d'una fistula.

L'A. è convinto che è questa l'origine delle fistule anali nel 99 % dei casi: l'apertura interna d'ogni fistola completa ha sede fra i due sfinteri, perchè fra questi sono situate le papille anali. Non di rado l'apertura interna sembra che manchi perchè vien cercata troppo in alto; può esserci un'apertura interna alta, ma questa è sempre secondaria, mentre l'apertura primaria è sempre situata fra i duesfinteri.

L'A. descrive tre varietà di fistole anali ed esamina gli errori dei diagrammi che si trovano in molti manuali di studio.

1° *Le fistole perianali o marginali* presentano il forame interno nel tratto intersfinterico della mucosa rettale, dove sono situate le papille, e mai al disotto dello sfintere esterno, come alcuni autori vorrebbero. Il pus si fa strada all'esterno sotto la pelle perianale senza interessare la fossa ischio-rettale.

2° *La fistola ischio-rettale* o fistola anale completa presenta due stadi di sviluppo. L'infezione sottomucosa si origina all'altezza delle papille anali dove avrà sede l'orificio interno della fistola; ma essa non si fa strada all'esterno fra i due sfinteri verso la cute della fossa ischio-rettale. Segue invece la linea di minore resistenza, come in ogni altra parte del corpo; e perciò si insinua per via sottomucosa lungo il margine anale inferiormente allo sfintere esterno, e perviene nella fossa ischio-rettale, dove può espandersi dando luogo alla formazione di un ascesso ischio-rettale. Questo è il caso della fistola cieca interna. In secondo tempo il pus si fa strada spontaneamente verso la pelle, oppure sarà praticata un'incisione: e così si avrà la formazione d'una fistola completa.

Ne risulta che il tragitto della fistola anale completa passa al disotto e non al disopra dello sfintere esterno; e perciò nell'operazione della fistola non è necessaria l'incisione dello sfintere.

Si potrà quindi evitare di correre il rischio di produrre incontinenza delle feci.

Soltanto un'esplorazione mal fatta del tragitto fistoloso può dare l'impressione che esso passi al disopra dello sfintere esterno O con la sonda si fanno delle strade false, oppure nei casi di fistola d'antica data la formazione di fasci fibrosi cicatriziali mentiscono la resistenza dello sfintere e traggono in inganno anche il chirurgo. L'A. ha potuto osservare che in alcuni casi in cui si credeva di avere inciso lo sfintere, l'incisione invece era stata praticata su questo tessuto fibroso.

3° *Fistola pelvi-rettale* e fistola anale con orificio interno alto. La fistola pelvi-rettale non ha niente da fare col retto, poichè il pus fa la sua strada verso l'esterno nella fossa ischio-rettale attraversando il muscolo elevatore dell'ano e propagandosi verso la cute lateralmente alla parete del retto. Essa non ha nessun orificio interno, e rappresenta il risultato di un focolaio d'infezione esistente al disopra del diaframma pelvico, nel peritoneo, nello spazio retroperitoneale, o nelle ossa della pelvi.

Differente da questa è la fistola anale con orificio interno elevato. In questo caso in un primo tempo si ha la fistola anale comune al livello delle papille rettali; ma poi l'infezione per via ascendente e per via discendente si propaga sotto la mucosa a distanza varia dall'orificio interno primario; dopo essersi propagato in alto per una distanza di 2-3 pollici, il pus si fa

strada nel retto mediante la formazione di unorificio interno secondario più alto. Col solito meccanismo si può avere la formazione di un orificio esterno della fistola. A sbrigliare e spaccare questo genere di fistola neppure occorrerà di tagliare lo sfintere. La difficoltà più grande è rappresentata dall'emorragia, per cui si può essere costretti a lasciare *in situ* per 48 ore due o più pinze emostatiche.

P. S.

# LEZIONI.

## Le paralisi da parto.

(H. PLATT. *The British Medical Journal*, 8 maggio 1915).

La paralisi da parto o paralisi ostetrica è una affezione molto meno rara di quel che si crede. Si è affermato che essa si verifica una volta ogni due mila parti, ma molto probabilmente questa proporzione è molto più bassa della realtà. E' certo però che molto difficilmente riesce ad un medico di osservarla più d'una volta durante la sua carriera. Dal punto di vista professionale le paralisi da parto hanno una importanza speciale, perchè nella maggioranza dei casi i genitori sono inclini ad attribuirle a colpa del medico che assistette al parto.

Per molto tempo è stato affermato da parecchi che l'affezione dipendesse da una lesione del plesso brachiale in corrispondenza del collo, lesione prodotta dalla trazione esercitata dalla testa a spalle fisse o viceversa.

La scuola ortopedica tedesca, sostiene invece che l'affezione dipenda da una lesione primaria dell'articolazione della spalla o dell'omero, e che quindi la paralisi nervosa o manchi addirittura o sia semplicemente secondaria. Questa teoria fu per il primo sostenuta da Küster nel 1889 che descrisse l'affezione come uno spostamento rotatorio dell'epifisi superiore dell'omero. Lo scorso anno Turnes Thomas di Filadelfia portò nuovi elementi in appoggio alla teoria della lesione articolare.

Comunque sia certi fattori etiologici sono bene stabiliti ed accettati da tutti. Nella maggioranza dei casi la paralisi ostetrica si osserva nel neonato dopo un parto prolungato e laborioso dovuto alla sproporzione tra il volume del bambino e la pelvi materna.

La posizione dell'arto colpito è caratteristica: il braccio pende avvicinato al tronco in completa rotazione interna, l'avambraccio è disteso e pronato, le dita flesse.

Per qualche giorno il collo e la spalla si mantengono rigidi, il neonato resiste ai movimenti passivi dell'arto. Ordinariamente non si riscontrano sulla parte tracce di contusione o altri segni superficiali di trauma.

Lasciata a sè stessa l'affezione può risolvere in tre modi:

1° L'arto può ritornare rapidamente e completamente allo stato normale;

2° L'arto senza miglioramenti di sorta può rimanere in uno stato di completa impotenza;

3° L'affezione può migliorare ma incompletamente perchè rimane sempre qualche paralisi.

Quest'ulima evenienza è la più frequente; dopo qualche settimana l'arto riacquista i movimenti ma ha sempre poca forza. D'altra parte tanto nei casi gravi che in quelli di media intensità esiste sempre un ritardo di sviluppo dei tessuti del braccio e del cinto scapolare.

Nei casi d'incompleta guarigione esiste sempre insieme ai fatti paralitici, che talora possono essere anche appena accennati, un sensibile ostacolo al completo uso funzionale del braccio. L'omero è fissato in posizione di rotazione interna in rapporto al raccorciamento del tendine sottoscapolare e della capsula articolare; l'avambraccio per la contrattura si mette in flessione ed in pronazione. Con lo sviluppo del bambino le contratture aumentano e l'impotenza funzionale diventa ancora più evidente insieme con la ipotrofia muscolare. In questo stadio sotto l'acromion con un esame accurato si può apprezzare una sporgenza, dovuta evidentemente alla sublussazione posteriore della testa dell'omero. La presenza di questa sublussazione nelle paralisi da parto notata per il primo da Whitman è frequentissima. Fairbank la trovò 28 volte in 37 casi, Thomas 9 volte in 12 casi, Platt 4 volte in 5 casi. I caratteri clinici di quesublussazione sono i seguenti:

*a*) L'attitudine del braccio. Questa differisce da quella caratteristica della paralisi da parto nel primo periodo. Il braccio è ora un po' abdotto, l'avambraccio flesso e pronato poggia sull'addome.

*b*) La testa dell'omero forma una sporgenza sotto l'acromion; corrispondentemente nella parte anteriore c'è un incavo.

*c*) I movimenti di abduzione e di rotazione esterna del braccio sia attivi che passivi sono limitati; i movimenti dell'omero sono accompagnati da quelli della scapola. L'articolazione periarticolare è fissata in una posizione di adduzione e di rotazione interna.

*d*) L'esame radiologico dà un reperto caratteristico; la scapola e l'omero sono abbassate, la testa dell'omero ha perduto i suoi rapporti

normali con la cavità glenoide, essa è spostata in basso. Negli ordinari radiogrammi però questo spostamento della testa non è chiaro, esso è molto evidente alla visione stereoscopica.

La sublussazione della spalla può in principio essere ridotta con semplici manipolazioni, ma ordinariamente essa si rende rapidamente stabile. L'impaccio nei movimenti che ne deriva è molto notevole e riguarda non solo la regione della spalla, ma anche l'avambraccio e la mano.

*
* *

Il rapporto tra la paralisi da parto ed una lesione del plesso brachiale è dimostrato oltre che dal reperto clinico, anche dai dati post-operatorî e sperimentali.

Si ritiene generalmente che la lesione consista o in un semplice distendimento o in uno strappamento, una lacerazione o addirittura rottura dei tronchi nervosi.

I differenti tipi clinici — paralisi di Erb, la rara paralisi inferiore del braccio, o completa paralisi del plesso — sono caratterizzati dalla estensione e dalla localizzazione dei disturbi.

L'atteggiamento del braccio indica una paralisi del deltoide, degli spinosi, del brachiale a., del lungo e corto supinatore, muscoli innervati dal quinto segmento cervicale o dalla branca primaria anteriore del 5° nervo cervicale. All'operazione di regola si trova che la lesione è localizzata al 5° nervo cervicale o alla connessione del 5° e 6° n. cervicale in prossimità dell'origine del nervo soprascapolare. In un solo caso tra cinque esaminati post-mortem il nervo è stato trovato leso all'uscita dal midollo spinale; il plesso era integro.

Clark, Taylor e Prout hanno dimostrato nel cadavere che la trazione della testa a spalle fisse produce uno stiramento dei tronchi del plesso brachiale, stiramento che può produrre perfin la rottura dei tronchi stessi quando la trazione sia molto violenta.

Un'analoga condizione si verifica evidentemente nei parti laboriosi.

E con la paralisi neuro-muscolare si spiega facilmente anche la sublussazione dell'omero, che è determinata dallo scompenso delle contrazioni dei muscoli che agiscono sull'omero.

Sono interessanti dal punto di vista clinico le differenze sintomatologiche tra il tipo superiore di paralisi infantile e la paralisi da parto: nella prima c'è una intensa atrofia muscolare senza contrazioni e sublussazione nel piano antero-posteriore, nella paralisi da parto invece l'atrofia e la flaccidità sono ordinariamente di grado leggero e nello stesso tempo c'è una contrattura che fissa l'arto e fa sublussazione posteriore dell'omero.

D'altra parte nelle lesioni del plesso brachiale che si verificano negli adulti c'è di regola una considerevole atrofia muscolare mentre gli spostamenti articolari sono rari.

*
* *

In un recente lavoro Vulpius ha insistito nel suo concetto che la lesione essenziale della paralisi da parto sia ossea: la paralisi muscolare non è che un sintoma secondario. In seguito alle manovre di trazione si produce una frattura e uno spostamento dell'epifisi superiore dell'omero. Lange ritiene che la lesione principale è una lacerazione della parte anteriore della capsula articolare. Thomas rileva che in tutti i casi la capsula è danneggiata e che ordinariamente nel momento del parto si produce anche una sublussazione: il tessuto cicatriziale che si forma in seguito alla lacerazione capsulare avvolge e stringe i tronchi del plesso brachiale in vicinanza dell'articolazione producendo i fenomeni paralitici, che sono leggeri e transitori. Secondo questa teoria l'azione che produce la lesione articolare non è la trazione esercitata durante il parto, ma la pressione esercitata sulle spalle del bambino dalle ossa pelviche mentre ancora esso sta nell'utero.

Per quanto un tale meccanismo patogenetico non sia stato chiaramente dimostrato, pure non è dubbio che in molti casi di paralisi ostetriche il fatto predominante è la lesione articolare. E d'altra parte non è dubbio che la combinazione dei segni fisici che si osservano nelle paralisi da parto può essere prodotta sia da una pura lesione del plesso brachiale, come da una lesione articolare o da uno spostamento epifisario. E però la diagnosi differenziale tra queste tre specie di lesioni nei bambini di tenera età è presso che impossibile.

Dal punto di vista della pratica e della medicina legale ha molta importanza la teoria che attribuisce la lesione ad una pressione esercitata dalle ossa del bacino della partoriente: perchè in ogni caso sarebbe eliminata la responsabilità del medico.

*
* *

Il trattamento delle paralisi da parto varia a seconda dello stadio in cui esse si trovano. Nel primo periodo, che va da pochi giorni a qualche settimana dopo il parto, il braccio è flaccido ed impotente e non presenta contratture. Esso deve essere fissato senza indugio nella posizione di ri-

lasciamento dei muscoli paralizzati, ossia abdotto a 90° e rotato completamente all'infuori sulla spalla, l'avambraccio supinato, flesso ad angolo retto sul braccio, la mano e le dita iperestese. In questa posizione l'arto deve essere mantenuto costantemente notte e giorno. E si faranno inoltre dei massaggi e dei movimenti passivi per evitare lo stabilirsi della contrattura. Ai primi segni di miglioramento bisogna cominciare esercizî di movimenti attivi. La guarigione è generalmente rapida. Quando il miglioramento tarda a pronunziarsi e compaiono nei muscoli fatti atrofici e degenerativi bisogna senz'altro pensare alla rottura del plesso brachiale. In questi casi non bisogna ricorrere alla sutura dei tronchi lesi perchè le difficoltà della tecnica data la delicatezza e la sottigliezza dei nervi sono enormi ed i risultati molto raramente soddisfacenti. Perciò nei vari casi in cui la guarigione non tende a manifestarsi bisogna ricorrere agli stessi metodi curativi degli esiti della poliomielite: trapiantazioni tendinee, artrodesi, ecc.

Nei casi lasciati senza alcuna cura per parecchi mesi il trattamento deve essere indirizzato a correggere la deformità verificatasi nella spalla a ragione della contrattura. Innanzi tutto deve essere accertata accuratamente la posizione della testa dell'omero, e se non vi è sublussazione bisogna dare un anestetico e quindi dare al braccio degli energici movimenti rotandolo esternamente ed abducendolo tenendo ferma la scapola. Si tien fissato l'arto in questa posizione: quindi si faranno dei massaggi, degli esercizi di movimenti attivi e passivi. Se non si riesce a distendere la capsula bisogna ricorrere all'operazione tagliando le parti contratte.

Più difficile è il trattamento della sublussazione posteriore della spalla, trattamento che talora capita di dover fare anche in adulti che hanno trascurato di curare precedentemente la loro affezione. Nei primi stadii si può tentare la riduzione senza anestesia, ma generalmente la deformità è così fissa che occorre una forza considerevole. Fairbank ritiene necesasrio praticare una artrotomia anche nei bambini. Ad ogni modo al di sopra di due anni l'operazione è sempre indicata. L'articolazione è per quanto più possibile spostata nella direzione anteriore e si seziona la capsula anteriore col tendine sotto-scapolare. Talora l'acromion può costituire un ostacolo alla riduzione e quindi conviene resecarlo. Dopo la riduzione e la chiusura della ferita si fissa il braccio in completa rotazione esterna. È necessario che questa posizione sia mantenuta per tre mesi e poi sieno fatti insieme massaggi ed esercizi se si vuole ottenere una completa guarigione.

DRAGOTTI.

# DISCUSSIONI E POLEMICHE.

## A proposito di una nota del dott. Dandolo sopra il sodoku.

Sotto il titolo « Appunti sul sokodu » il dottor Dandolo (*Policlinico*, sezione pratica, 1915, pag. 1617) trascrive le poche righe da lui dedicate ad una sua osservazione nei « Resoconti » del 1899 dell'Ospedale di Castelfranco Veneto « che soleva pubblicare in limitata diffusione ».

Non è quindi il caso di discutere questioni di priorità, poichè non v'ha dubbio che questa va riconosciuta a chi per primo identifica ed esattamente diagnostica una forma, mentre non ha valore di sorta se anche altri ne ha per avventura veduti analoghi casi senza averli debitamente riconosciuti e diagnosticati. Nè è mio intendimento discutere la correttezza della diagnosi retrospettiva del caso, giacchè le scarse notizie fornite sono però sufficienti a farlo considerare come una semplice forma suppurativa a lento decorso da infezione intervenuta a livello di una ferita da morso di topo, e non già come la peculiare e ben definita entità morbosa « malattia da morso di topo » (Ratbitefever degli inglesi), il che è, evidentemente, ben diversa cosa.

A parte quindi tutto ciò, un solo scopo mi ha spinto ad interloquire; esso parte da una curiosa constatazione che da sè sola del resto varrebbe a dimostrare come soltanto la mia pubblicazione del 1911 abbia reso nota in Italia la forma: ed è che essendo per inavvertita erronea trascrizione stato pubblicato nel mio lavoro il nome *Sokodu* in luogo della esatta parola giapponese *Sodoku* (resultante dalle parole topo e veleno), tutte le successive pubblicazioni italiane hanno ripetuta l'inesatta denominazione. Ed io sono vivamente grato all'egregio collega che con la sua nota mi ha così porto il destro di richiamare su di ciò l'attenzione, perchè la comune erronea dizione sia debitamente modificata.

Prof. CESARE FRUGONI
(Dal 56° Ospedaletto da Campo - Zona di guerra)

---

Il fascicolo di dicembre della nostra sezione medica conterrà i seguenti lavori:

1. Dottori C. VERDOZZI e L. URBANI: *Il valore clinico della reazione di Wassermann nelle malattie con lesioni croniche del fegato.*
2. Dott. G. GENOESE: *La reazione di Moritz-Weisz (reazione al permanganato) nelle urine dei bambini sani ed ammalati.*

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## La cura del tetano con le iniezioni di acido fenico (Metodo del Prof. Baccelli)

pel dott. SILVIO NIERO.

Dopo la scoperta fatta dal Nicolayer (1886) del bacillo del tetano, la cura di questa malattia da empirica si fece razionale e scientifica e si combattè il germe infettivo con sostanze tossiche secrete da esso, versate nel torrente circolatorio.

Tizzoni e Cattani, Behring e Kitasato, studiando animali immunizzati contro il tetano, provarono che il siero sanguigno di questi possiede proprietà immunizzanti le secrezioni tossiche del b. di Nicolayer e i risultati dei loro esperimenti applicati nell'uomo confermarono tale verità, in modo che la mortalità che prima oscillava tra l'80 % e il 90 dei colpiti, discese poi fino al 30 % dei colpiti col siero Behring e al 44.6 % col siero Tizzoni (L. Lupi).

Il Baccelli dopo aver provata la grande tolleranza del corpo umano tetanizzato alle forti dosi di acido fenico, si fece di questo un'arma preziosissima contro la infezione tetanica e la statistica dei casi curati con tale metodo dà il 90 % delle guarigioni. Pare che la tolleranza all'acido fenico dei tetanici sia dovuta al fatto che il rimedio si combini coi prodotti dei microrganismi patogeni e venga così neutralizzato nella sua azione tossica; quindi il rimedio agirebbe direttamente sulla causa della malattia, (L. Lupi - *Liguria medica*, 15 dic. 1909).

Si può dire, concludendo, che il metodo del prof. Baccelli ha una superiorità ormai indiscussa nella cura del tetano su tutti gli altri metodi e che deve essere usato con tutta confidenza (data la sua innocuità) anche nei casi molto gravi. È, si può dire, una integrazione della cura preventiva col siero antitetanico che si presta più come immunizzante che come terapico.

Ed ora quale modesto contributo alla statistica, credo utile riportare 4 casi di tetano da me curati col metodo Baccelli, perchè molto dimostrativi.

I CASO. — B... S... da C..., fanciullo sui 9 anni, senza precedenti ereditarî e morbosi è il 3° di cinque fratelli. Un giorno del giugno 1908 riportò una ferita cutanea nella regione plantare destra presso l'alluce, ferita che senza molte cure parve guarita in capo ai dieci giorni.

Invece al diannovesimo dalla ferita s'iniziarono i primi sintomi dell'infezione tetanica. Visitato d'urgenza una sera del luglio il piccolo infermo, lo trovai con febbre elevata (38.6), rigidità del collo, trisma e dolori lombo-sacrali e addominali. A questi primi sintomi si aggiunsero: respiro russante e faticoso, deglutizione stentata. Ogni movimento provocava contrazioni toniche dolorose. I riflessi rotulei e cutanei esagerati, così il clono del piede. Ricorsi subito a clisteri di laudano, cloralio e bromuro nonchè ai bagni caldi.

L'indomani le condizioni essendo allarmanti, proposi e iniziai la cura delle iniezioni di acido fenico (soluzione 2 %) una siringa ogni 3 ore. In capo ai due giorni si ebbero i primi miglioramenti: la temperatura discese da 39.3 a 38°. Trisma, opistotono e contrazioni cloniche meno intense; la respirazione e deglutizione meno stentata. Orine sempre limpide e senza albumina. Incoraggiato da tale successo, proseguii a curar l'infermo con tale metodo, diminuendo di frequenza le iniezioni fino a totale scomparsa dei sintomi tetanici.

II CASO. — A... S... di F... d'anni 38, negoziante, uomo sano e senza precedenti morbosi, riportò abrasione cutanea al dorso della mano destra per caduta. Nel tredicesimo giorno dall'accidente accadutogli, provò difficoltà alla masticazione e alla deglutizione; irrigidimento dei muscoli della nuca, dorso e addome e qualche difficoltà di respiro. Invitato a visitarlo non tardai ad accorgermi d'essere dinanzi ad un tetanico che presentava, colla sintomatologia caratteristica, un'elevazione di temperatura cospicua (39°.6). Senza perder tempo, oltre ai clisteri calmanti, ricorsi alla cura antitetanica alla Baccelli iniettando ogni due ore una siringa del Pravaz della soluzione di acido fenico al 2 per cento.

In capo a due giorni dalla cura non riscontrando che scarsi risultati, aumentai la quantità del liquido da iniettare,, cioè due centimetri cubi ogni 3 ore e ciò per 24 ore. Da allora l'infermo cominciò a migliorare e al 7° giorno di cura il benessere era discreto.

Continuai la cura fino a completa scomparsa dei sintomi morbosi, diminuendo progressivamente il numero delle iniezioni. La diuresi si mantenne sempre abbondante per tutta la durata della malattia; niente albumina nè reazione fenolica nelle orine.

III CASO. — L... P... di L..., fanciullo di 6 anni molto gracile ed anemico per pregresse gastro-enteriti, sofferse di tetano nel novembre dello scorso anno con un esordire lento e subdolo. Il paziente era ancora alzato e cadeva di improvviso in preda a convulsioni.

I parenti me lo fecero vedere la prima volta all'ambulatorio. Ricorsi i primi giorni al siero antitetanico Belfanti (10 cc. il primo giorno e altri 10 al terzo), ma non avendo riscontrato alcun miglioramento, anzi una accentuazione dei sintomi tetanici, nella quarta giornata incominciai la cura col metodo Baccelli (mezza siringa del Pravaz ogni 2 ore da principio, poi una siringa intera). Al terzo giorno di tale trattamento il fanciullo ebbe notevoli miglioramenti; diminuì la temperaura e le contrazioni muscolari furono meno frequenti e gravi.

Fu completamente guarito in capo ai 20 giorni dall'inizio della cura e 30 giorni dopo l'inizio del male.

IV CASO. — Il quarto caso di tetano che ebbi occasione di trattare col metodo Baccelli ebbe

esito infausto. Si trattava di una bambina di circa due anni che, per caduta da un carro, riportò ferite non gravi al capo e che dopo due giorni ebbe uno scoppio violento tetanico. Non ostante la cura praticata col solito metodo, la bambina soccombette dopo 40 ore sotto un violento attacco.

Si comprende facilmente che, dato il brevissimo periodo d'incubazione dell'infezione e il suo esordire violento, il rimedio iniettato nel brevissimo periodo di cura non è stato in quantità sufficente per spiegare la sua azione terapeutica che deve svolgersi necessariamente in un tempo molto più lungo.

Rossano Veneto, settembre 1915.

## Di un grave caso di artrosinovite tubercolare, trattato con le iniezioni iodo-iodurate alla Durante

per il dott. GUIDO CORRADINI ROVATTI.

Incoraggiato dalle brillanti operazioni ottenute dalle iniezioni iodo-iodurate alla Durante in altre manifestazioni tubercolari « linfomi tubercolari suppurati (1) e peritonite tubercolare » (2), ho voluto provarmi a fare uso di tali iniezioni anche in questo caso di artrosinovite tubercolare.

Ed ora che ho potuto *de visu* assicurarmi della splendida guarigione, vengo senz'altro all'esposizione del caso.

Mistura usata:

| | | |
|---|---|---|
| Iodio metallico . . . . | gr. | 1 — |
| Ioduro potassico . . . . | » | 3 — |
| Guaiacolo . . . . . . . | » | 2.50 |
| Glicerina neutra. . . . . | » | 50 — |

per iniezioni.

CASO PRATICO. — R... A... giovanetto sui 17 anni è orfano di padre e di madre. Il padre suo è morto in seguito a tubercolosi ossea, cifosi tubercolosa, gobba di Pott; la madre pure è morta per pleurite purulenta tubercolare; due fratelli del paziente sono morti tubercolosi; uno di 7 anni per meningite tubercolare, l'altro di 9 anni per tubercolosi polmonare.

Il soggetto in discorso è di complessione debole e dal lato della struttura scheletrica presenta cifosi rachitica, gibbosità e convessità posteriore.

Portiamoci alla descrizione del caso e sua cura.

La malattia attuale, artrosinovite tubercolare interessante l'articolazione del ginocchio sinistro, data da circa 2 anni; ha cominciato l'infermo a trovare serii inconvenienti nell'atto della deambulazione, il ginocchio si è fatto tumido, la pelle del ginocchio è divenuta rossa quasi lucente, alla palpazione si aveva il senso di fluttuazione, ed accusa l'infermo gravi dolori tanto nei movimenti di flessione che di estensione dell'arto, tanto da essere obbligato a fermarsi quasi di continuo in letto.

Di fronte a questo caso più che chiaro di artrosinovite tubercolare, diagnosi convalidata dall'esame microscopico, come consiglia il dottor Amerigo Petrilli (3), passo alle provvidenziali iniezioni iodo-iodurate alla Durante, e la cura fu coronata da maravigliosa guarigione.

Previa cura alla Lister, e all'uso della siringa di Pravaz, estraggo tutto il pus o liquido contenuto nella saccoccia e localmente ed in modo da portare l'azione diretta dello iodio sulla parte lesa o focolaio tubercolare, pratico in corrispondenza del ginocchio le iniezioni iodo-iodurate alla Durante.

Ebbene, dopo avere persistito nella cura per circa quattro mesi, una iniezione al giorno, riesco a raggiungere la più completa e duratura guarigione.

BIBLIOGRAFIA.

1. CORRADINI ROVATTI GUIDO. — *Linfomi tubercolari suppurati.* « Corriere Sanitario », 23 luglio, 1899.
2. CORRADINI ROVATTI GUIDO. — *Peritonite tubercolare.* « Morgagni », 18 gennaio 1908.
3. PETRILLI AMERIGO. — *La cura iodo-iodurata alla Durante nella tubercolosi articolare e glandolare.* « Policlinico », 4 luglio 1903.

# ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del novembre 1915.

Presidenza: G. BOSCHI.

LUZZATTO. *Sopra un caso di leucemia acuta trattato col benzolo.* — In un caso di leucemia acuta la cura col benzolo (fino a 90 goccie quotidiane) ridusse per due volte i leucociti a proporzioni quantitativamente e qualitativamente normali. Più tardi però il processo patologico riprese il sopravvento ed il malato morì col quadro ematologico della leucemia acuta. All'autopsia si rinvennero nei gangli linfatici fatti evidentissimi di leucociti; questi fatti dimostrano che il benzolo produce realmente distruzione dei leucociti, non solo accumulo di queste cellule negli organi interni, come voleva Pappenheim.

ZAMBONATI. *Due casi di tetano curati col solfato di magnesio* (presentata dal socio Luzzatto). — In due casi di tetano, di cui uno molto grave, le iniezioni sottocutanee di solfato di magnesia (associate ad altre cure antitetaniche) riuscirono perfettamente innocue ed ebbero spiccata azione analgesica e calmante sulle contrazioni toniche e cloniche. Il rimedio è perciò molto raccomandabile.

# APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

## CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

### Sul cateterismo dell'uretra maschile.

Il cateterismo dell'uretra maschile, che per lo più riesce facile, può a volte presentare serie difficoltà. E siccome spesso è richiesto d'urgenza per vuotare la vescica distesa, così il chirurgo deve sempre tenere pronto l'occorrente e conoscere le modalità della tecnica da applicarsi ai singoli casi. Ai numerosi suggerimenti che si danno per facilitare il cateterismo dell'uretra maschile, e che non sto qui a ricordare, credo sia bene aggiungerne uno che nella sua semplicità può riuscire molto utile.

Di solito perchè la sonda scorra nel canale uretrale viene spalmata di olio. Per quanto questa lubrificazione sia fatta accuratamente può non essere sufficiente, perchè quando il meato urinario è stretto, l'olio aderente alla sonda viene tutto trattenuto all'esterno o nel primo tratto dell'uretra. E se la mucosa uretrale è arida la sonda poi stenta ad avanzare, in ispecie se è molle (sonde di Nélaton). Ritengo perciò molto più opportuno, per facilitare lo scorrimento dei cateteri, splamare di grasso proprio l'uretra; ciò che si ottiene facilmente iniettandovi prima del cateterismo circa 5 centimetri cubici di olio. Anche il catetere sarà ben lubrificato di olio e verrà immesso nell'uretra avendo cura che dell'olio iniettato ne refluisca la minore quantità possibile. Diminuite così le cause di attrito, il chirurgo, non solo manovrerà più facilmente la sonda, ma si renderà meglio ragione delle difficoltà da superare.

Per le modalità ricordo che l'olio può sterilizzarsi facendolo bollire a bagno maria. Per l'iniezione nell'uretra può servire un comune schizzetto di vetro da 5 cc. al quale verrà innestato il tratto terminale di una sonda di Nèlaton di grandezza media e della lunghezza di 12 cm. circa che verrà sterilizzato con l'ebollizione. Potrà servire all'occasione lo stesso istrumentario adoperato per l'anestesia dell'uretra che nei cateterismi difficili è meglio non omettere.

I vantaggi di questo suggerimento si vedono bene nel passaggio delle candelette graduate per la cura dei restringimenti uretrali, che resta tanto facile da non dare il minimo disturbo al malato. Nei cateterismi per ritenzione di urina a tutte altre circostanze pari, facendo precedere l'iniezione di olio nell'uretra si avranno i migliori risultati.

Questo espediente di tecnica non è nuovo ed è stato già da altri consigliato; per esperienza posso aggiungere che è di tanta utilità da meritare una maggiore diffusione.

Roma, settembre 1915.

Dott. G. MASSIMI.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### La batteriologia della gangrena gazosa.

Fleming (*Lancet*, 1915, 21 agosto), nei molti casi di gangrena gazosa da lui osservati, ha trovato costantemente il *bac. aerogenes capsulatus*; quasi sempre ad esso era associato lo streptococco; e talvolta anche il bac. del tetano, il proteo, lo stafilococco albo o due bacilli sporigeni che l'A. ritiene producessero l'odore putrido; non ha mai riscontrato il vibrione settico.

La gangrena gazosa si sviluppa nelle ferite delle estremità, più spesso nelle inferiori, non mai nelle ferite del tronco; le condizioni perchè il bac. aerogeno capsulato formi dei gas sono date dall'insufficienza del drenaggio, sicchè si ha primitivamente l'infezione delle secrezioni, che poi si comunica ai tessuti stessi; talvolta la gangrena era dovuta ad ostruzione meccanica del circolo, dovuta ad interferenza dei vasi arteriosi; ma in altri casi l'occlusione arteriosa era dovuta, almeno in apparenza, alla diffusione del processo settico nell'arteria stessa.

Il *b. aerogenes capsulatus* è un microrganismo per il quale esistono nel sangue delle sostanze opsoniche in certa quantità, sicchè viene facilmente fagocitato. È stata dimostrata la sua presenza in tutte le ferite anche se solo raramente si è verificata pienamente la sua azione gazogena. In questi casi si trovava una certa quantità di tessuti mortificati o di coaguli sanguigni costituenti un ottimo mezzo di coltura. Col crescere sul siero di sangue il bacillo produce dell'acido lattico che esercita un'azione chemiotattica negativa, sicchè i leucociti non possono accorrere per fagocitare i bacilli.

È interessante notare gli effetti della simbiosi del *b. aerogenes capsulatus* con altri microorganismi; esso, se coltivato da solo, produce scarsa quantità di gas, mentre ne produce molto se coltivato con lo stafilococco, lo streptococco, il proteo. La presenza dei comuni piogeni coadiuva quindi lo sviluppo del *b. aerogenes* e la sua difesa contro i leucociti.

Il trattamento della gangrena gazosa deve dunque consistere nello stabilire un ampio drenaggio; il decorso è troppo rapido per l'uso del vaccino; certo se questo si iniettasse in primo tempo, come l'antitossina tetanica, si potrebbero ottenere buoni risultati, tanto più che alte dosi di esso (oltre un miliardo) possono essere inoculate senza nocumento, senza reazione e senza sviluppo di fase negativa.

FIL.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Le intossicazioni da gas di guerra.

Sulla base di numerose osservazioni, Rathery e Michel (*Paris médical*, 16 ott.) tracciano la patologia della intossicazione da gas detti asfissianti. Essa si rivela sia con accidenti immediati, sia con fenomeni di intossicazione cronica; nei casi della prima categoria si possono riscontrare delle *forme acutissime* con morte in poche ore o in qualche giorno; della *forme acute* a decorso breve o lungo, e delle *forme subacute*.

I sintomi possono essere dovuti sia all'irritazione delle mucose, sia all'intossicazione dell'organismo. Appartengono ai primi:

1° *la dispnea*, sensazione di costrizione laringea; seguita da fatica respiratoria e soffocazione: senso di angoscia, cianosi, sudori profusi. È caratteristica la sete d'aria. Col trattamento sintomatico, i fenomeni asfittici vanno scomparendo: solo nelle forme acutissime s'aggravano fino alla morte;

2° *la tosse*: precoce, secca, ad accessi, analoga alla pertosse; prostra l'ammalato, dopo sette-otto giorni diventa meno frequente e meno secca;

3° *espettorato*: compare con la tosse, con l'aspetto di liquido schiumoso, diventa in seguito molto abbondante, e contiene dopo 5-6 giorni oltre a delle strie o delle goccie di sangue, dei grumi purulenti, verdastri. L'espettorato si fa in seguito più scarso e denso;

4° *emottisi*. È frequente ed appartiene di solito ai sintomi iniziali; può essere più o meno, abbondante, ma non costituisce un sintoma inquietante;

5° *vomiti*. Possono essere provocati dalla tosse, oppure prodursi spontaneamente; procurano un senso di sollievo;

6° *le mucose* manifestano la loro irritazione con l'arrossamento e la secrezione; in generale, salvo qualche caso di laringite e congiuntivite tenaci, non danno complicazioni gravi;

7° *i polmoni* subiscono costantemente l'azione nefasta del gas, talvolta tanto violenta da cagionare la morte rapidamente. Più spesso l'azione è alquanto lenta e si hanno, dopo qualche giorno, delle forme di bronchite, congestione polmonare, broncopneumonite, ecc.;

8° *temperatura*. Si possono distinguere tre tipi diversi di curva termica: nell'uno si ha un massimo di 38° il primo giorno seguito poi da apiressia; nel secondo si ha remissione, per avere poi una recrudescenza al quarto giorno ed abbassamento poi verso il nono; nel terzo si presenta come una forma febbrile irregolare e lunga. Vi sono poi dei tipi misti. I fenomeni dovuti ad intossicazione si palesano spesso come disturbi digestivi, che vanno dalla semplice anoressia con alito fetido, alle forme gravi con diarrea, itterizia.

Talvolta i sintomi gastro-intestinali si associano con febbre continua e si può restare incerti per la diagnosi con la febbre tifoide; l'inappetenza persiste a lungo e spesso si hanno ricadute alla ripresa dell'alimentazione. Molto accentuata è l'astenia e talora l'anemia, che persistono a lungo.

Si hanno poi talvolta delle forme con accidenti tardivi, quali lesioni croniche gravi polmonari, disturbi cardiaci, gastro-intestinali, epatici, astenia, ecc.

Quando sono stati adottati i metodi profilattici (talvolta il fazzoletto imbevuto di un liquido qualsiasi è stato sufficiente) si hanno delle forme affatto leggere, che guariscono rapidamente.

*All'autopsia* si riscontra la maggior parte degli organi lesi in seguito all'azione del gas: edema cerebrale, degenerazione grassa del fegato, alterazioni del miocardio, che è molle, color foglia morta, e congestione dei reni. Le lesioni più importanti sono ai polmoni in cui si trova costantemente edema generalizzato e lesioni di bronco-polmonite disseminata o pseudolobare.

*Trattamento*. Quello immediato consiste in salasso, applicazione di coppette scarificate; iniezioni sottocutanee d'ossigeno. In seguito si otterranno buoni risultati dall'applicazione al torace di revulsivi e di impacchi umidi freddi, da rinnovarsi ogni tre ore: fra i calmanti si consiglia la belladonna, l'etere e le inalazioni di eucaliptol. Buoni effetti, specialmente nei malati dispnoici e cianotici, si ottengono con le iniezioni sottocutanee di ossigeno da farsi (dopo averlo filtrato a traverso del cotone) sotto la pelle dei fianchi; il riassorbimento è completo in 3-6 ore. Nei malati gravi si ripetono tali iniezioni 2-3 volte al giorno.

Come trattamento generale si consiglia il regime latteo, l'adrenalina, polvere di ghiandole surrenali ed eventualmente le iniezioni di cacodilato di soda.

FIL.

**Sulla cura della gangrena gassosa.**

La larga osservazione di gangrena gassosa che si è fatta in questa guerra ha profondamente modificati i criterii curativi che si seguivano precedentemente. Fessler (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1915) osserva che l'assioma terapeutico che le ferite d'arma da fuoco non si devono mai toccare, non si devono mai incidere, bastando ricoprirle con medicature sterili, non ha più valore. L'insudiciamento della cute e degli abiti col terriccio e con tutto l'altro sudiciume durante le lunghe soste nelle trincee, fa sì che ogni ferita anche d'arma da fuoco debba necessariamente considerarsi infetta: l'enorme numero di gangrene gassose, di tetano ed altre infezioni avutesi in questa guerra ne è la prova più evidente.

Occorre pertanto una sorveglianza assidua dei feriti e non accingersi all'intervento solo quando l'individuo è già condannato per la diffusione del processo o quando è possibile riescire a salvare l'individuo sacrificando degli arti interni. Alle prime manifestazioni sospette (secreto fetido, produzioni di bolle, rossore, durezza, dolorabilità nei dintorni della ferita) conviene intervenire con ampie, estese spaccature delle superficie laterali e posteriori delle parti colpite, aprendo tutte le anfrattuosità fino alle guaine vasali, all'osso, fin dove i muscoli sono in disgregazione necrotica, sono anemici, di colore bruno pallido e contengono bolle di gas. Le ferite così fatte devono essere attraversate da tubi di drenaggio a pareti spesse e grosse come un dito. I tessuti non devono toccarsi reciprocamente e devono rimanere accessibili all'aria.

Sotto i margini cutanei e su tutta la soluzione di continuo si applicano delle striscie di garza imbevute di balsamo del Perù e quindi si sovrappone a tutto un gran pezzo di garza imbevuto di vasellina borica. Si mantiene così la parte infetta senz'altra fasciatura mettendo solo sotto di essa dell'ovatta per l'assorbimento del liquido secreto.

Si sosterranno le forze del cuore mediante due ipotermoclisi al giorno di siero fisiologico con glucosio e caffeina, e la somministrazione di abbondanti bevande.

Adoperando questo sistema l'A. ha visto le parti di tessuto gangrenoso eliminarsi rapidamente ed in pochi giorni aversi la produzione di abbondanti e vive granulazioni con il rapido miglioramento e la guarigione dell'infermo, ed ha visto diminuire enormemente il numero di morti e di amputazioni per gangrena.

*a. a.*

# IGIENE.

**Nota su alcuni insetticidi.**

Aldo Castellani e Jackson hanno fatto in Serbia numerose ricerche sui pidocchi delle vestimenta ed anche su altri insetti parassiti dell'uomo (*Journ. of trop. med.*, 15 novembre). Per le esperienze hanno usato delle scatole o delle piccole capsule Petri, in cui ponevano gli insetti, presi direttamente dal corpo o dalle vesti, e la sostanza da provarsi; le osservazioni venivano fatte a brevi intervalli: i controlli hanno vissuto sempre più di sei giorni, apparentemente indisturbati dalla prigionia.

Le conclusioni a cui essi sono arrivati, sono le seguenti:

Le sostanze solide e liquide più attive contro i pidocchi delle vestimenta, sono, in ordine di efficacia: olio di cherogene, vaselina, guaiacolo, preparazioni a base di anice, iodoformio, lisol, cyllin e preparazioni analoghe, soluzioni di acido fenico, canfora; azione analoga all'olio di cherogene l'hanno la benzina e la gazolina.

La polvere di piretro ha pochissima azione sui pidocchi, mentre poi l'acido borico, lo zolfo in polvere, sublimato corrosivo, solfato di zinco, sono affatto inefficaci.

Anche per le cimici l'olio di cherogene è il migliore insetticida; dopo di esso viene il guaiacolo.

Vi sono delle sostanze che hanno azione sui pidocchi e non p. e. sulle cimici e viceversa. Così lo jodoformio uccide i primi in 10-15 minuti, mentre lascia vive le seconde anche dopo 24 ore: all'inverso la polvere di piretro.

Per la disinfezione insetticida in grande (truppe, prigionieri) gli AA. consigliano la naftalina, meno attiva dell'olio di cherogene, guaiacolo, jodoformio e preparazioni di anice; ma viceversa non ha l'odore forte dei primi (*sic*) e non costa quanto le ultime.

La Croce rossa americana usa correntemente l'olio di cherogene, nebulizzandolo, con pompe spruzzatrici sugli uomini nudi.

Per le classi più elevate è da consigliarsi il mentolo (1-3 parti con 100 di ossido di zinco, piretro, ecc.).

Il vapore liberamente fluente è abbastanza attivo anche contro le uova: i vestiti o la biancheria debbono però esser tenuti appesi in modo da assicurare la libera circolazione del vapore stesso, che dovrà agire, almeno per 10 minuti.

Analoghe osservazioni si possono fare per le fumigazioni di zolfo, per le quali è necessario

disporre di un ambiente a perfetta tenuta d'aria ed usare una quantità sufficiente di zolfo; le uova però non vengono uccise, sicchè si dovrà ripetere l'operazione 8-10 giorni dopo quando le uova si sono schiuse.

È interessante da notare che secondo gli AA. la stessa azione insetticida della vaselina è posseduta altresì dalla lanolina e dal lardo e che ad esse si deve l'azione parassiticida de' noti unguenti (di stafisagria, di preparati mercuriali, ecc.).

In complesso le ricerche degli AA. confermano la nota azione dei derivati della nafta (l'olio di cherogene non è che il petrolio da illuminazione) aggiungendovi la vaselina cui non si era accennato da altri; e danno altresì un certo valore ai preparati della serie dei fenoli, che altri ritenevano quasi inefficaci.

FIL.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(592) *Sul cardiopalmo.* — Quali sono i mezzi per distinguere se le palpitazioni nervose siano di origine dispeptica; quale forma di dispesia (la ipercloridrica o la ipocloridrica, la ipopeptica o la iperpeptica) è capace di dar luogo a palpitazioni; quale è di conseguenza la cura causale specialmente dietetica e quale anche la sintomatica atta a sopprimere questo molesto disturbo? Abbonato n. 3543.

In casi di dispepsia nervosa gli infermi, dopo ogni pasto, avvertono un senso di peso doloroso allo stomaco, congiunto spesso con una forte oppressione al torace e con palpitazioni cardiache. L'unione quindi di una tal forma di dispepsia, diagnosticata con quei rigorosi criteri clinici che la patologia insegna, con un reperto obbiettivo negativo, constatato con esami accurati e ripetuti, a carico del cuore, permette di ritenere le palpitazioni cardiache in atto di origine dispeptica.

Si osserva molto spesso un'evidente iperacidità od anche ipersecrezione; più rara è l'anacidità. La cura è evidentemente quella della dispepsia nervosa: graduale abitudine ad una alimentazione sufficiente e sostanziosa, somministrazione di preparati di china, di noce vomica, a seconda dei casi, impacchi caldi o freddi alla Priessnitz dopo il pasto, correnti galvaniche, a volta pepsina ed acido cloridrico.

Sono da raccomandare anche tutti i mezzi, che valgono ad irrobustire il corpo ed a rinforzare il sistema nervoso, quali la dimora in campagna, al mare, le cure idropatiche, la metodica educazione psichica. CIUFFINI.

(593) *Neurite ossica da chinina?* — Essendo il mio paese eminentemene malarico, pratico da dodici anni a questa parte delle iniezioni ipodermiche di blicoruro di chinina Erba e siccome quest'anno c'è stata una recrudescenza del male ne ho fatto grande uso.

Intanto mi capita che in tre persone, un giovanotto, una signora ed un adulto, dopo poche ore dall'iniezione praticata al braccio si è verificata una forma di paralisi alla mano cominciata con un intorpidamento delle dita, a poco a poco si stabilisce, come la paralisi, dall'articolazione radio-carpica in giù, e perfettamente al lato del braccio dove si è fatta l'iniezione.

Questo fatto, non mai successomi, mi ha impressionato, nè so spiegarmi la causa, pertanto prego codesta redazione delucidarmi in proposito e suggerirmi il metodo curativo.

S. D. S.

A meno di non voler pensare che nei suoi tre casi, dopo la iniezione sottocutanea di chinina, si sia costituita una paralisi dell'arto di natura funzionale, devesi ritenere con la massima probabilità che, per effetto del farmaco, siasi determinata una nevrite tossica del tronco nervoso decorrente in vicinanza del punto nel quale avvenne la iniezione. Per tale ragione è consigliabile iniettare la chinina nelle natiche, piuttosto che nella sede da lei prescelta.

Il rilievo dei sintomi clinici tuttavia è troppo scarso, perchè sia possibile formulare un giudizio rigoroso.

CIUFFINI.

(594) *L'ipocloruria nel tifo.* — Le sarei grato se volesse dirmi perchè nel tifo addominale si suole verificare diminuzione di cloruri nelle urine. So che in tutte le malattie febbrili e specialmente nella pulmonite esiste diminuzione di cloruri. La prego inoltre d'indicarmi qualche lavoro sui cloruri.

G. N. da C.

Come già Ella giustamente afferma, nelle malattie acute febbrili in generale, e quindi anche nel tifo addominale, si ha ipocloruria. La diminuzione non solo è in dipendenza della minor ricchezza di cloruri nel cibo introdotto, ma, secondo quanto ritiene Salkowski, si dovrebbe anche ad una ritenzione di tali sali nell'organismo.

Sorpassato difatti il periodo febbrile i cloruri aumentano considerevolmente nelle urine, anche senza che tale aumento sia giustificato da una maggiore quantità di essi introdotta cogli alimenti.

Può consultare sui cloruri:

Strauss, Mediz. Klin., 1913.
Longo, Boll. Scienze med. di Bologna, 1913.
Zinsser, Zeitsch. f. Geburtsh, 1912.
Borelli e Girardi, R. Accad. med. di Torino, 28 margo 1913, e molti altri. CIUFFINI.

(595) Come si curano l'anemia ed il linfatismo, postumi di malattie infettive gravi (tifo)? Perchè si forma sui denti, nel corso d'una infezione tifica, una patina nerastra? Perchè, anche dopo la guarigione, i denti sono sempre così sporchi? Come si puliscono? Abb. n. 3453.

Dopo una malattia infettiva grave, ad esempio dopo la febbre tifoide, si avrà cura innanzi tutto di porre il malato nelle migliori condizioni di clima e di ambiente, regolando la alimentazione e sottoponendolo alla osservanza delle regole igieniche consigliate dal caso. Sarà utile a volte una cura ricostituente con preparati arsenicali, ferruginosi, od anche stricnici, spesso preferibilmente per via ipodermica.

Non mai abbastanza raccomandabile è la somministrazione dell'olio di fegato di merluzzo, che l'illustre Clinico di Roma consiglia e raccomanda come di efficacia veramente notevole.

La patina nerastra, che nel corso della febbre tifoide si forma nell'interno della cavità buccale, è dovuta al muco disseccato ed annerito da un poco di sangue. Per pulire i denti, avvenuta la guarigione, ricorra allo spazzolino ed ai comuni dentifrici. CIUFFINI.

(596) Prego rispondere nella « Posta degli abbonati » alla seguente domanda: Quali sono per sommi capi le indicazioni e le controindicazioni del brodo di carne nelle infezioni gastro intestinali dei bambini e negli adulti?
Manzano. Dott. Guiotto Giovanni.

Il brodo di carne è un eupeptico: stimola l'appetito ed attiva la secrezione di succo gastrico; è destituito di valore nutritivo.

È indicato nelle dispepsie accompagnate da ipocloridria e atonia gastrica, una mezz'ora prima dei pasti. È controindicato nelle forme ipersteniche.

Riteniamo che dalla pratica infantile vada bandito. Corrisponde assai bene invece il brodo di legumi e di cereali: ha un alto valore ricostituente (rifornisce minerali, amilacei, principî azotati solubili). V.

(597) Pregherei la cortesia della S. V. a volermi rispondere nella « Posta degli Abbonati » se e in quali dosi (rispetto all'età dei pazienti) e in qual modo si possa somministrare il siero antidifterico per via orale e se i vantaggi eguaglino in rapidità ed in efficacia quelli delle iniezioni ipodermiche del siero stesso.
Dott. C. F.

È dubbia l'efficacia dei sieri per via orale (la specificità dei sieri sembra legata a sostanze azotate colloidali che non si assorbono come tali attraverso le pareti intestinali e che venendo scomposte perdono le loro proprietà). V.

(598) Vi sarò grato se nella « Posta degli abbonati » del *Policlinico* vorrete dire due parole sul valore che hanno nella cura ricostituente le iniezioni sottocutanee di olio purissimo d'oliva semplice, indicato più precisamente come nutriente dei tessuti organici. Quale dose giornaliera si può usare?
Berceto. Dott. S. Marcheselli.

Il potere ricostituente delle iniezioni sottocutanee di olio d'olivo è stato molto discusso.

Sembra ormai accertato che l'olio viene scisso, saponificato ed assimilato *con straordinaria lentezza*: si comporterebbe quasi come un corpo estraneo.

Ond'è che, dopo un fugace periodo di voga, questa cura è stata abbandonata. V.

(599) *Membra artificiali cinematiche.* — La prego di volermi indicare un buon libro, che si interessi dettagliatamente degli apparecchi di protesi per arti, e in special modo delle « protesi cinematiche ».
La ringrazio. Dott. F. V.

Fra i pochi trattati scientifici sugli apparecchi tutori e di protesi i più recenti sono: quello di Gocht (*Künstliche Glieder*) edito nel 1907 da Enke (di Stuttgard) e quello di Curcio (*Apparecchi ortopedici ed arti artificiali*) edito nello stesso anno dalla Unione Tipografica Torinese.

Per quel che si riferisce alle protesi cinematiche leggasi il Vanghetti, *Plastica e protesi cinematiche* (Empoli, 1906). R. D. V.

---

Il fascicolo di dicembre della nostra sezione chirurgica conterrà i seguenti lavori.

1. Dott. G. SERAFINI: *Contributo alla chirugia del pancreas.*
2. Dottori G. APERLO e C. L. RUSCA: *Ricerche sperimentali sulla riparazione delle perdite di sostanza della cistifellea mediante innesti liberi di vena, auto- ed omoplastici.*
3. Dott. G. MORONE: *Sui cosidetti tumori misti del palato.*
4. Prof. O. CIGNOZZI: *Ferita d'arma da fuoco a pallini penetranti nell'addome con perforazione del colon ascendente ledente la loggia renale destra. — Laparatomia d'urgenza. Enterorrafia. Nefroscopia. Asportazione dei proiettili. Trattamento aperto. Guarigione.*

# VARIA.

**Psicologia dei terremotati.** — Il terremoto calabro-siculo del 1908 e quello più recente che ha devastato l'Abruzzo hanno permesso alcune interessanti constatazioni riguardo alla psicologia dei superstiti. In una corrispondenza da Avezzano, comparsa nel « Corriere della Sera » del 26 gennaio 1915, è detto: Nei sepolti vivi si andava producendo una paralisi spirituale, una specie di mostruoso adattamento alle loro eccezionali condizioni. Dimenticavano la loro vita precedente, dimenticavano i parenti. Nessuna ripugnanza mostravano per i contatti subiti con cadaveri, anche di persone care. Nei feriti estratti subito dalle macerie è vivo il sentimento per i loro cari superstiti e scomparsi; nei sepolti vivi no. Una parte della loro sensibilità è morta. Nella sepoltura hanno lasciato la parte più spirituale di loro stessi: le rimembranze e gli affetti ». In un opuscolo del prof. G. Del Vecchio è del pari notato lo sbalordimento, l'atonia sentimentale, la rapidissima rassegnazione di fronte all'inevitabile da parte di questi sventurati; e vengono inoltre messi in rilievo la straordinaria diminuzione della sensibilità al dolore, il rincrudimento dei terrori dell'oltre tomba, il fenomeno degli accoppiamenti occasionali, frenetici, che avvenivano fra i superstiti nei primi giorni dopo il disastro.

A spiegare quest'ultimo fatto, il Del Vecchio dice che « la specie, minacciata di estinzione, quasi per un supremo sforzo, avrebbe allora moltiplicato le sue energie, così da far luogo, negli individui superstiti, a una furia generatrice, analoga a quella che parve verificarsi dopo guerre o epidemie micidiali ».

In un recente fascicolo di *Psiche*, un anonimo superstite del terremoto calabro-siculo del 1908 riferisce dettagliatamente quanto pensò e sentì durante i due giorni trascorsi sotto le macerie. Al momento della catastrofe egli rimase sbalordito; comprese però tosto che sua moglie e i suoi figli erano morti, ma — quantunque affezionatissimo alla famiglia — non ne soffrì troppo, dominato dalla soddisfazione della propria salvezza; e anzi, pensò che avrebbe potuto sollecitamente ricostituire la famiglia distrutta, sposando una lontana parente. Attese poi con ansia di essere salvato; ma, a misura che le ore passavano, lo scoraggiamento si impadroniva di lui, e gli sembrava di essere inevitabilmente condannato a morire. Sorgevano e ingigantivano in lui — ateo — i timori dell'oltretomba; e accanto a questi comparivano immagini eroitiche, germogliavano desideri sessuali. Appena estratto dalle macerie, scomparvero i terrori dell'al di là; il ricordo della moglie e dei figliuoli morti provocò una crisi di pianto; il pensiero degli sforzi compiuti dai suoi salvatori dette luogo a vive manifestazioni di riconoscenza; ma su tutto dominava il senso di gioia per la vita riacquistata. Tre mesi dopo il disastro egli parlava d'amore alla lontana parente cui aveva pensato sotto le macerie; ma poichè questa desiderava ritardare il matrimonio egli si allontanò da lei. « L'oscuro genio della specie — egli dice — era più forte di me, e voleva essere impazientemente placato; quattro mesi dopo ero fidanzato ad altra signorina, che al decimo mese della mia sciagura fu mia sposa. Altri superstiti ebbero più fretta di me. A ogni modo io ciò feci senza punto sentire di mancar di rispetto ai miei poveri morti, che ho sempre amato, e non affatto dimenticato ».

V. FORLÌ.

(Da *Psiche*, anno IV, n. 2).

# CENNI BIBLIOGRAFICI.

*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*

VEUMANN R. O. und MAYER R. *Atlas und Lehrbuch wichtiger tierischer Parasiten und Ueberträger mit besonderer Berüchsichtigung der tropenpathologie.* München, I. F. Lehmann.

Annunciamo con due parole questo grosso volume di parassitologia con speciale riguardo alle malattie tropicali, ricco di 1300 bellissime illustrazioni. Il volume ci è pervenuto pochi giorni prima dello scoppio della guerra. Può essere uno dei documenti che provano la serietà con cui i tedeschi lavoravano alla conquista dei paesi caldi. a. v.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BEMUCCI GIOVANNI. Della Tripolitania e dello sanitario del corpo d'occupazione durante l'anno 1914, con cenni sull'opera degli ambulatori per indigeni, retti da mediti militari — Roma, 1915.

FEDERICI NICOLINO. Parotite e difficoltato circolo intestinale. — Milano, 1915.

GILBERTI PIETRO. Ernia da infortunio. — Milano 1915.

ROSSI GIACOMO. Settimo contributo allo studio della macerazione della canapa. — Portici 1915.

PARENTE ABELE. I veri doveri del medico odierno. Napoli, 1915.

Nello scorso numero a pag. 1642, colonna destra, riga 6ª, deve leggersi « uranismo ».

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Donne eroiche

Nel decembre 1914 un generale tedesco emanava un ordine del giorno col quale si deplorava severamente il contegno di alcune infermiere verso i prigionieri francesi ed inglesi. Col solito stile teutonico, brutale e minaccioso il generale esprimeva tutto il suo orrore per le cure eccessive, per i sorrisi che le donne di Germania elargivano ai nemici, e non si peritava di affermare che il fatto costituiva un vero reato di lesa patria e come tale meritevole di grave punizione. Al comandante delle soldatesche che avevano con sistematica ferocia violentate le povere donne del Belgio e della Fiandra pareva orribile che le donne del suo paese offrissero agli inermi nemici feriti la pietà di un sorriso. Il paese che attraverso qualche giornale con spirito volgarissimo si gloriava dopo nove mesi di aver dato incremento alla natività della Francia, doveva avere i brividi al pensiero che le proprie donne potessero avere una comunione anche spirituale con gli uomini dei popoli nemici.

Alla distanza di qualche mese anche un generale inglese ha dovuto occuparsi del contegno delle proprie infermiere, ma non le ha rimproverate, nè minacciate per la loro pietà, ha solo messo in rilievo la eccessiva libertà di certi abiti. Certe infermiere, egli ha scritto, aumentano le loro grazie naturali con una eleganza non giustificata nelle circostanze attuali e certo fuori posto in un ambiente ospitaliero.

Il rilievo del generale inglese è opportuno, quanto brutale quello del generale teutonico.

Tutti hanno deplorato e deplorano come in tutte le nazioni belligeranti ci sia una certa categoria di donne che hanno considerata la nobile e pietosa missione di infermiere unicamente come un'occasione per mettere in evidenza le loro grazie, i loro abiti, i loro gioielli. Nell'orribile ora che attraversiamo esse non sanno dimenticare la loro vanità femminile, non sanno abbandonare di fronte ai tristi effetti della guerra, la loro civetteria. E la loro nullità non vale a riempire la desolazione del dolore.

Ma fortunatamente queste donne sono poche o diventano subito poche. Nei tristi giorni dei terremoti le abbiamo viste in Italia imbellettate e fasciate in candidi veli darsi molto da fare nelle vie, nelle automobili, nelle stazioni, ma nelle corsie degli ospedali si videro solo in occasione di visite di augusti personaggi. Prima della guerra le abbiamo viste fare dei grandi preparativi, manifestare eroici propositi, ma al momento buono esse hanno disertato i luoghi del dolore e della morte.

Qui sono rimaste la maggior parte delle donne, quelle dai propositi serî, quelle che sapevano che in un'ora di tristezza e di sacrifici, bisogna sacrificarsi e soffrire per rendere meno triste il sacrificio degli uomini. Hanno lasciato che le altre, fatta la fotografia in abito da infermiera, siano ritornate alle fatiche delle feste di beneficenza. E non hanno consumata la loro fiamma che arde, arde sempre di puro spirito di pietà e di sacrificio. Rimangono al capezzale degli infermi e dei malati, e questi considerano e trattano come quelli, perchè tutti sono vittime della guerra: non hanno bisogno esse di vedere il sangue rutilante per apprezzare il valore dei nostri eroi. Affondano le mani nelle piaghe gangrenose senza manifestare segni di raccapriccio, si sobbarcano senza schifiltosità ai servizi più umili e meno decenti, sul corpo dell'uomo martoriato esse nulla vedono che offenda il loro pudore. Tutto esse fanno per ridare la salute e la vita ai figli della patria, per restituirli alle madri doloranti che nei figli hanno dato tutto il loro cuore, alle donne che negli sposi hanno data tutta la loro esistenza.

In molti ospedali esse sono l'anima direttiva, organizzatrice, il centro intorno al quale tutto si svolge. Sono esse che col loro sorriso dolce e casto danno al povero paziente un senso di pace e di benessere. Per gli infelici che ritornano dall'inferno delle battaglie il sorriso di una donna è il primo raggio di paradiso, per essi che hanno perduto ogni senso di virilità nei disagi, nelle sofferenze, nella lunga estenuante tensione nervosa, le cure della donna infermiera sono come le premure di una madre. E nella donna al cospetto di quegli esseri sofferenti, abbandonati, si risveglia come un senso di maternità, un senso di tenerezza e di pietà.

Queste donne che fanno talora il loro servizio in condizioni pericolose, esposte ai bombardamenti degli areoplani, sotto il fuoco dei cannoni di lunga portata, di cui i nemici preferiscono servirsi per colpire i fabbricati segnati con la croce rossa, ci fanno dimenticare quelle poche altre cui il frequentare l'ospedale è solo una sorgente di distrazioni, un'occasione per esercitare la loro civetteria.

La loro missione fatta di sacrifici e di rinunce è quanto mai preziosa. In quest'ora tragica nella quale l'odio ha raggiunte le più alte vibrazioni, la ferocia le forme più cannibale-

sche, esse sole, le donne, possono riconciliarci con la vita; esse solo con la loro pietà, con la loro dolcezza, col loro amore possono ridare all'umanità la fiducia in sè stessa. Sia il loro amore, la loro pietà pari all'odio ed alla ferocia che ci dilaniano.

Ed esse in vero sono degne degli uomini che con il loro sacrificio, con il loro valore oscuro, hanno oscurato i più grandi eroismi che la storia ricordi. Questa guerra ha soffocato nella sua immensità tutti gli eroismi; gli eroi sono tanti che non possono essere ricordati. Ma accanto ai tanti eroi della distruzione sorgono ora le eroine della conservazione e della pietà. Le donne non danno ora Giovanna d'Arco, Carlotta Corday, Giuditta, danno miss Edith Cavell assassinata perchè rea di pietà e d'amor di patria, danno Mary Davies che si fa inoculare la gangrena gassosa per sperimentare l'efficacia di un siero contro l'infezione che fa strage dei feriti, danno le infermiere inglesi che si rifiutano di abbandonare l'ospedale di Monastir mentre il più barbaro dei nemici è alle porte della città.

Ammiriamole queste donne, sia che compiano il loro dovere modestamente, sia che si immolino a sublimi eroismi; rispettiamole sempre anche quando prodigano le loro cure, il loro sorriso ai nemici sofferenti: la pietà, l'amore non hanno patria, non hanno nazionalità.

PANGLOSS.

---

# RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

### La rivelazione giudiziale del segreto medico.

Per l'esercizio dignitoso e benefico della professione, per l'interesse pieno del malato, è necessario il segreto professionale. A favore di esso sta l'esperienza storica e comparata: contro di esso vi sono tratto tratto cavilli brillanti e nulla più. V'è, per verità, una certa divergenza per giustificare l'obbligo del segreto professionale e si trovano enunciate varie opinioni: alcuni gli danno un fondamento etico, altri politico, altri giuridico; ma si tratta, a parer mio, di opinioni unilaterali poichè, a spiegare il segreto professionale, concorrono insieme tutti quei fondamenti: essi rispondono ai varî punti di vista sotto i quali si può esaminare quell'obbligo.

Non intendo qui di occuparmi del tema complesso: l'indagine ne è stata già fatta da altri.

Ma desidero esporre un aspetto del tutto speciale che presenta così pei medici come pei giuristi un vero interesse pratico e che io credo vada risolto in un modo diverso da quelli comunemente insegnati.

Un malato non paga il suo medico: è cosa non rara!

Il medico, forte del suo diritto, lo cita avanti al giudice per ottenerne la condanna al pagamento. E nella citazione parla genericamente di cure prestate e di onorario relativo non soddisfatto.

Fin qui non c'è davvero violazione di segreto: che Tizio sia malato, che un medico Caio lo curi è cosa, di solito, nota a parecchi, quindi non è cosa oggettivamente segreta.

Senonchè, in corso di causa, il medico, per poter provare l'entità del suo credito, dichiara che la malattia di cui si occupò era una certa malattia che, supponiamo, non torna ad onore del paziente, oppure una malattia che, avuto riguardo alla professione del paziente, ne scema la capacità tecnica, talchè, il farla nota recherà nocumento a chi ne è affetto. Si tratta p. es. d'un sacerdote colpito da lue venerea; d'un cantante colpito da malattia alle corde vocali.

Ora si avverta subito quale presidio turpissimo si darebbe al malato per non pagare il medico ove si negasse a questi non dico la prova della malattia specifica e della cura corrispondente, ma persino l'asserzione giudiziale della cura fatta.

Questa prima impressione, così grave, non può esser vinta da altre.

Eppure giuristi insigni o contestano al medico quell'asserzione e quella prova con la minaccia del codice penale, o le consentono, previe ricerche assolutamente pericolose. Queste conclusioni io credo assolutamente errate.

L'art. 163 c. p. punisce chi rivela il segreto professionale *senza giusta causa*.

E allora come e perchè si dice che la necessità di tutelare il proprio credito professionale non può essere una giusta causa?

Io — si badi — non sostengo che questa necessità sia *di per sè* una giusta causa: dico che tale necessità sarà una giusta causa, se il medico vincerà la lite.

Il medico — cui il cliente contesta il credito assolutamente o a cui ne contesta la quantità affermando che si trattò di una cura semplice e ordinaria o di poche visite e simili — ha diritto di provare il suo diritto. Un diritto senza facoltà di provare gli estremi di fatto che ne sono la base non è un diritto: certo vi sono dei diritti rispetto ai quali vi sono *prove limitate*, ma un diritto di cui non è lecita *prova alcuna* non è un diritto.

Ora nessuno negherà il diritto del medico all'onorario.

Ma, si dice, l'obbligo del segreto professionale si fonda su un interesse pubblico di fronte

al quale svanisce qualunque, sia pur cospicuo, interesse privato.

Rispondo che il principio che i medici devono essere retribuiti, anche in forza di condanna giudiziale, è un principio pur esso d'interesse pubblico; se tale principio svanisse, svanirebbe l'esercizio della professione medica.

Ma, sopratutto, rispondo che il codice penale, senza distinzione, esonera dall'obbligo, chi palesa il segreto professionale *per giusta causa.*

Come sapremo se la causa è giusta, cioè conforme al diritto obbiettivo?

In un modo tanto semplice, quanto sicuro.

Premesso che le sentenze definitive non più impugnabili, cioè le *cose giudicate,* per un'assoluta ragione politica, si presumono conformi al diritto, cioè giuste, ne verrà che se il medico vince la lite, egli aveva diritto, e così fu giusta la causa che lo spinse a palesare il segreto. Lo palesò in giudizio per tutelare una sua pretesa, pretesa che la sentenza dimostra giusta, talchè giusta fu la causa della fatta rivelazione.

Se, per contro, il medico sarà vinto in giudizio, la sua pretesa non era giusta, giusta non era la causa di rivelazione e quindi sarà soggetto all'art. 163 codice penale, anche se non risulterà che egli fece dolosamente la ingiusta rivelazione.

Questa è, per me, la vera risposta legale alla domanda: casi decisi non ve ne sono; l'unico che conosco e su cui espressi l'opinione che qui rendo pubblica, fu amichevolmente risolto.

Prof. CARLO LESSONA.

(Dalla *Rivista di Medicina Legale,* ott. 1915).

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5674) *Pensioni - Collocamento a riposo.* — Il Dottor L. C. 3485 desidera conoscere quale sarà la sua pensione con 61 anno di età e 32 di servizio con contributo plurimo per anni 10 e se esiste qualche Decreto Luogotenenziale che vieti i collocamenti a riposo.

Coi dati esposti liquiderà al 1° gennaio 1916 la pensione annua di lire 2226.80. E siccome Ella assicura di aver pagato il maggior contributo anche per gli anni 1909-10-11-12 e 13 questo deve ritenersi come versamento volontario di annue lire 176. Tali somme capitalizzate danno in aumento della pensione l'assegno vitalizio di lire 98.20. Nessun Decreto Luogotenenziale esiste che vieti i collocamenti a riposo e le relative liquidazioni di pensioni a favore dei medici condotti.

(5675) *Ufficiale sanitario - Aspettativa.* — Il Dottor abbonato n. 1378 desidera conoscere a chi debba rivolgersi per ottenere come ufficiale sanitario l'aspettativa per sei mesi con metà stipendio, se al Comune od al Prefetto.

La posizione di aspettativa non è prevista per gli ufficiali sanitari nè dalla legge nè dal regolamento sanitario. Pei medici condotti è ammessa sol quando i capitolati speciali facciano di essa espressa menzione. Ad ogni modo provi avanzar domanda al Prefetto, ma crediamo che tale domanda non sarà favorevolmente accolta, tanto maggiormente in quanto chiedesi la concessione di metà dello stipendio.

(5676) *Servizio militare - Tassa focatico.* — Il Dottor R. M. da Z. di G. desidera sapere se sia vero che il Comune non debba corrispondergli lo stipendio per la durata della guerra od almeno i due primi mesi e se avendo lasciato il Comune da maggio scorso debba pagare la tassa focatico ed altre imposte anche pel secondo semestre.

Per effetto del Decreto Luogotenenziale del 31 agosto pi pi., n. 1420, i Comuni sono tenuti a corrispondere ai propri medici condotti per la durata della guerra la differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Essendo per Lei lo stipendio militare superiore a quello civile non deve pagarle nulla. I primi due mesi non debbono esserle egualmente pagati perchè entrò nel servizio militare all'atto della mobilitazione. Per essere esonerato dal pagamento della tassa focatica e delle altre tasse comunali, deve avanzar domanda al Consiglio comunale, che ne ordinerà il discarico.

(5678) *Pensioni.* — Il Dottor G. B. D. da R. desidera conoscere se i medici anziani che non si sono iscritti alla Cassa pensioni hanno diritto di esigere *metà pensione,* cioè, per la quota che i Comuni pagano per essi.

Nè i medici anziani nè altra qualsiasi classe di medici condotti non iscritti alla Cassa hanno diritto ad esigere metà pensione profittando delle quote per proprio conto versate dalle amministrazioni municipali.

(5677) *Stipendi - Pagamento dei medesimi.* — Il Dottor F. B. da C. chiede conoscere se possa intendersi per stipendio la cifra globale comprendente lo stipendio propriamente detto, le indennità e le trasferte e se una amministrazione comunale può liquidare soltanto a fine di guerra quanto dovrebbe corrispondere per il Decreto Luogotenenziale riguardante il cumulo degli stipendii.

Nel concetto di stipendio non si comprendono le indennità e le trasferte, che sono da esso totalmente separate e distinte per finalità e modo di riscossione. Gli stipendi si pagano a mese e quindi, anche la differenza eventualmente dovuta al medico condotto per effetto del

Decreto Luogotenenziale del 31 agosto, n. 1420, deve essere alle medesime scadenze pagata.

(5679) *Servizio militare.* — Al Dottor C. T. da S. C. C. rispondiamo che per ragione di età ha terminato ogni obbligo di servizio militare, come ufficiale medico di complemento. Avendo superata l'età di anni 40 non potrebbe del pari essere rinominato, in seguito a sua domanda, ufficiale medico del R. Esercito.

(5680) *Servizio militare in relazione alla posizione di medico condotto interino.* — Il Dottor N. d'A. che è medico condotto interino nominato col patto espresso di dover rimanere in servizio fino a quando il titolare non avrà assunto servizio, desidera conoscere se essendo chiamato di autorità sotto le armi od arruolandosi volontariamente, possa, dopo, riottenere il posto, se non ancora occupato dal medico condotto titolare, nominato in base a concorso.

Non essendo Ella titolare ma semplice interino della condotta non ha diritto a conservare il posto per la volontaria od obbligatoria chiamata sotto le armi. L'allontanamento dalla condotta implica rinunzia o dimissione e perciò rimane estinta la condizione apposta di dover rimanere in servizio fino allo insediamento del titolare effettivo. Tale condizione avrebbe avuto il suo valore se Ella fosse rimasta sul posto, ma perde ogni efficacia dal momento che l'abbandona.

(5681) *Licenziamento per fine di ferma.* — Il Dottor G. Z. S. da Z. nominato medico condotto il 25 maggio 1914 fu nel giorno 6 maggio corrente anno chiamato sotto le armi. Ora il Comune ha deliberato il di lui licenziamento con decorrenza dal 1° novembre 1915. Desidera conoscere se ciò sia legale.

Il medico condotto è nominato per un biennio. Può essere licenziato per fine di ferma tre mesi avanti che il biennio si compia. Essendo Ella stata nominata il 25 maggio 1914 poteva essere licenziata non oltre il 25 febbraio 1916. Il licenziamento pronunziato ora con decorrenza dal 1° prossimo novembre è, quindi, assolutamente intempestivo ed illegale perchè accorcia il periodo di prova. Nessun Decreto Luogotenenziale disciplina la posizione dei medici condotti chiamati alle armi durante il periodo di prova, ma è d'uopo ammettere che detto periodo resti sospeso durante la permanenza del condottato sotto le armi. Ella, quindi, avrebbe anche pel tal motivo, dovuto rimanere nella posizione di titolare della condotta fino al ritorno in residenza. Impugni pertanto la deliberazione di licenziamento per i suesposti motivi con ricorso in linea straordinaria a S. M. il Re o con ricorso in sede giurisdizionale alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato.

(5682) *Ufficiale sanitario - Visita delle scuole - Requisizione quadrupedi.* — Il Dottor F. L. 3430 desidera conoscere se come ufficiale sanitario sia tenuto alla visita dei locali scolastici dopo che le scuole sono passate alla dipendenza dell'ufficio provinciale, se per tale fatto il suo stipendio subisca qualche aumento, se dopo tale passaggio sia venuto meno nei Comuni l'obbligo delle disinfezioni, di fornire i locali, l'arredamento ed il riscaldamento, se ha l'obbligo di visitare tutte le scuole, anche quelle delle borgate, che distano molto dal centro, se ha l'obbligo di visitare i locali di un asilo infantile privato ed a chi debba ricorrere per la requisizione del proprio cavallo.

Non ostante il passaggio delle scuole alla amministrazione scolastica della Provincia i Comuni sono tuttora tenuti a somministrare i locali, l'arredamento, le disinfezioni ed il riscaldamento. L'ufficiale sanitario è pur tenuto, senza aumento di stipendio, ad eseguire le visite come faceva per lo innanzi ai rispettivi locali. È tenuto del pari a visitare i locali dell'asilo infantile privato, non ostante che questo istituto non possa considerarsi una scuola ma bensì come opera di beneficenza. Poichè le borgate fanno parte del Comune anche le scuole in esse allocate debbono essere visitate dall'ufficiale sanitario, senza corrisponsione di speciali indennità. Qualora il compenso che riceve sia ritenuto inadeguato all'entità del servizio che presta ed alle spese che sostiene per disimpegnarlo, può avanzare domanda alla G. P. A. per congruo aumento di assegno ai termini dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie. Per la requisizione del suo cavallo provi a reclamare per iscritto al Presidente della Commissione relativa esponendo le ragioni di servizio per cui Ella non potrebbe privarsi del quadrupede.

(5683) *Servizio militare.* — Il Dottor A. L. da S. che fu, a suo tempo, esentato dal servizio militare come unico medico condotto del Comune, desidera conoscere se la ottenuta dispensa sia definitiva o semplicemente temporanea.

La dispensa ottenuta come unico medico condotto del Comune è definitiva e non più revocabile.

(5684) *Indennità cavalcatura.* — Il Dottor A. S. da I. desidera conoscere se durante il servizio militare che presta ha diritto a ricevere dal Comune l'indennità di cavalcatura o se questa deve essere corrisposta al medico interino che lo ha supplito.

L'indennità di cavalcatura non è stipendio ma il rimborso a *forfait* di una spesa che si sostiene. Mancando la spesa manca la causa del rimborso. Ella, quindi, non può pretendere dalla ammini-

strazione municipale il pagamento di tale indennità, che va corrisposta all'interino che la supplisce, sempre che adoperi effettivamente la cavalcatura nel disimpegno del suo servizio.

(5686) *Indennità vestiario - Ricorso.* — Il Dottor L. B. da M. S. S. chiede conoscere a chi ed in qual senso possa ricorrere contro un provvedimento del Ministero della Guerra con il quale gli si nega l'indennità di vestizione in lire 200.

Il provvedimento del Ministero è definitivo e non ammette, quindi, ricorsi in linea gerarchica. Facciamo, però, osservare che la circostanza di non essere Ella ufficiale medico all'atto della ripresentazione sotto le armi è molto importante e depone sfavorevolmente alla sua richiesta. Ammesso che l'accettazione delle dimissioni fu portata a conoscenza di Lei solamente il 27 maggio, ciò non esclude il fatto che Ella alla data della mobilitazione, cioè il 23 stesso mese, non era ufficiale e non avea quindi, per mancanza del grado, diritto alla indennità vestiario. Costretto a presentarsi al Distretto militare dopo aver presentate le dimissioni avrebbe dovuto essere personalmente sollecito di informarsi in tempo in quali condizioni avrebbe dovuto riprendere servizio, se, cioè, come militare di truppa od ufficiale.

(5687) *Servizio militare - Esenzione.* — Il Dottor G. G. da L. desidera conoscere se, essendo nato nel 1879 ed arruolato col 1881 perchè rivedibile, debba rispondere con questa ultima classe ad eventuale chiamata sotto le armi e quali documenti occorre produrre per ottenere la esenzione dalla chiamata come medico condotto del Comune.

Se fosse chiamata sotto le armi dovrebbe rispondere con la classe dell'anno in cui è nata e non già con quella dell'anno di arrolamento, e cioè, col 1879 e non con il 1881. Per ottenere la esenzione dalla chiamata alle armi come medico condotto del Comune deve esibire un certificato del sindaco comprovante che la di Lei opera professionale è assolutamente necessaria nell'interesse della salute pubblica. Tale certificato vistato per conferma dal Prefetto, deve essere fatto pervenire al Distretto militare, dopo la chiamata della classe ma prima della di Lei presentazione.

(5688) *Servizio militare - Pensioni.* — Il Dottor abbonato n. 1575 desidera conoscere se può competergli la promozione a capitano e se debba chiederla e se il tempo passato sotto le armi vale per la pensione.

Le promozioni nei gradi dell'Esercito sono regolate da criteri tecnici che sfuggono alla nostra indagine. Non potremmo, pertanto, dirle se Le competa la promozione a capitano. Se avrà diritto alla promozione Le sarà, però, concessa di autorità, senza chiederla. Il tempo passato in servizio militare con interruzione di carriera è valido per stabilire il termine utile per il raggiungimento del diritto a pensione.

(5689) *Medico necroscopo - Obblighi.* — Al Dottor A. A. da S. rispondiamo che con la istituzione del medico necroscopo i medici curanti non sono dispensati dal compiere le operazioni prescritte dagli articoli 3 del Regolamento di polizia mortuaria e 25 della legge sanitaria. Il medico necroscopo è obbligato a constatare di volta in volta i decessi che sono denunziati al sindaco dai singoli medici curanti o capi di istituto.

(5690) *Servizio militare.* — Il Dottor abbonato n. 6438 desidera sapere se da ufficiale medico di complemento che non ha ancora prestato servizio possa passare effettivo ed in tal caso quando potrebbe conseguire la nomina a capitano.

Non è possibile passare ufficiale medico effettivo senza prendere servizio e rimanendo in congedo. Crediamo che l'effettività possa ottenersi con buone relazioni dei superiori e come merito di ottimo ed encomiabile servizio. La nomina a capitano sarà più o meno sollecita a seconda delle relazioni delle Commissioni di avanzamento.

(5691) *Servizio militare.* — Il Dottor E. S. da G. desidera conoscere se sono sempre in vigore le disposizini che regolano le dispense dei medici condotti, quali le pratiche da esperirsi; se e quale sarebbe il grado che in caso di richiamo sotto le armi gli sarebbe assegnato, avendo 41 anno di età e 14 di laurea, e se, tenuto conto della età, sarebbe assegnato ad un ospedale territoriale.

Il Regio Decreto 13 aprile 1911 in cui è contenuto il diritto di esonero dalla chiamata alle armi pei medici condotti comunali è tuttora in vigore. Per ottenere la dispensa occorre che dopo la chiamata della classe, a cui il sanitario appartiene, ma prima della di lui presentazione sotto le armi, sia fatto tenere al proprio Distretto un certificato del sindaco confermato dal prefetto, in cui si dichiari che l'opera del medico condotto è indispensabile nell'interesse del regolare andamento del servizio e che egli si trovi, a riguardo del numero della popolazione, nei termini dal precitato R. Decreto indicati. Nulla è stabilito per i medici chiamati sotto le armi con età superiore ai 40 anni. Ond'è, che in caso di chiamata essi debbono rispondere nella qualità di semplice soldato. Non si può prevedere se sarà assegnato ad un ospedale territoriale perchè tali assegnazioni sono fatte a seconda delle esigenze del servizio.

(5693) *Pensioni.* — Il Dottor A. R. da M. desidera conoscere se nella qualità di ufficiale medico richiamato al servizio militare abbia l'obbligo di pagare il contributo al Monte pensioni e se, in caso negativo, abbia il dovere di pagarlo per quei mesi in cui, prima del noto decreto luogotenenziale, venne da lui percepito l'intero stipendio.

L'articolo 19 del testo unico della legge sulla Cassa di previdenza dispone che il servizio utile per il conseguimento della pensione è quello prestato con nomina regolare in un posto legalmente istituito con percezione di stipendio e pagamento di contributi. Poichè durante il servizio militare non si percepisce stipendio da parte del Comune, non può il relativo periodo di tempo essere tenuto in considerazione per la liquidazione della pensione. Però detto periodo, ai sensi del disposto del successivo articolo 30 di detto teso unico, è tenuto in considerazione solo agli effetti del raggiungimento del diritto a pensione. Durante il tempo in cui non ha percepito stipendio non deve pagare il prescritto contributo, ma ben deve pagarlo per i primi due mesi in cui ricevette lo stipendio normale.

(5694) *Giudizio per pagamento di visite sanitarie.* — Il Dottor P. O. B. da B. dovendo promuovere giudizio per ottenere il pagamento di lire 60 dovutegli per visite sanitarie, desidera conoscere quale è l'autorità competente e su quali cespiti potrà rivalersi, tenendo conto che il debitore è un impiegato comunale.

L'autorità competente è il conciliatore. Gli stipendi degli impiegati comunali sono insequestrabili, tranne che per debiti verso lo Stato ed i Comuni e per gli alimenti dovuti per legge. Ottenuta la sentenza di condanna, Ella dovrà notificarla al debitore, poscia procedere a pegnoramento ed alla vendita dei mobili che ineccepibilmente possedesse.

(5695) *Servizio militare - Incompatibilità con l'esercizio di impiego civile.* — Il Dottor abbonato n. 2911 che è direttore dell'ospedale civile della città e direttore dell'ospedale della Croce Rossa esistente nel medesimo paese, desidera conoscere se possa contemporaneamente esercitare il doppio ufficio e riscuotere conseguentemente il doppio stipendio.

Il Decreto luogotenenziale del 30 agosto p. p. non fa distinzione fra uffici contemporaneamente esercitati nella medesima città od in luoghi diversi. La sua portata è assoluta, nel senso, cioè, che durante la prestazione professionale nel Regio esercito o Corpi assimilati si debba riscuotere un solo stipendio e propriamente quello più vantaggioso. Ella, quindi, non può riscuotere, contemporaneamente a quello militare, se di maggiore entità, quello civile, come direttore del civico ospedale. Occorre che durante la permanenza in servizio della Croce Rossa si astenga dal prestar servizio come medico borghese.

(5696) *Sostituzione di colleghi chiamati sotto le armi - Compenso.* — Il Dottor X. Y. da Z. desidera conoscere se sia giusto che l'amministrazione comunale divida la metà dello stipendio dovuto al terzo medico condotto attualmente sotto le armi, agli altri due che lo sostituiscono nel servizio dell'intero Comune.

In mancanza di speciali patti precedentemente stabiliti, il compenso per eventuali supplenze è fissato dall'amministrazione di accordo con i sanitari interessati. Essendo servizio non previsto obbligatoriamente nel capitolato, Ella può bene rifiutarsi di compierlo qualora il compenso non Le sembri confacente ed adeguato al lavoro che deve sostenere. Certamente sarebbe stato bene dividere ai medici supplenti l'intero stipendio dell'assente, ma avendo il Comune creduto di fare diversamente non gliene si può contestare giudizialmente il diritto. Ella, però, può sempre fare le proprie riserve e dichiarare, se il crede, di essere intenzionata a lasciare il servizio se non otterrà un congruo aumento della somma assegnata per la supplenza.

## CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo, con quindici anni di laurea, si offre per esercizio libero o di condotta in località in pianura. Dirigersi a: tessera del T. C. I. n. 201952, fermo posta. Viareggio (provincia di Lucca).

Medico chirurgo lunga pratica condotta desideroso migliorare sue condizioni morali ed economiche accetterebbe comoda condotta senza frazioni preferibilmente alta e media Italia. Scrivere al dott. Paolino, farmacia Biocca, Celano.

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

*Ordine della Corona d'Italia.*

Commendatori: prof. Ferraris Paolo e dottor Salatino Eugenio (Roma), prof. Sorge Gaetano (Napoli).

Ufficiali: dottori Cuneo Ambrogio e Costa Comelio (Genova), Tonin Romano.

Cavalieri: dottori Riondo Vittorio (Torino), Perazzo Enrico, Bavestrello Giov. Batt. e Verona Antonio (Genova).

*Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.*

Cavalieri prof. comm. Alfonso Poggi, di Bologna; cav. Licari Vincenzo, colonnello medico.

---

Con D. L. 14 ott. 1915, i signori prof. Giuseppe Sanarelli, avv. Giovanni Salvaggi e ing. Vittorio La Terza, sono stati nominati membri del Consiglio provinciale di sanità di Roma fino alla scadenza del triennio in corso (1913-1915).

# NOTIZIE DIVERSE.

### Sui campi dell'onore.

Sono caduti per la patria i dottori:
ORLANDI BUSSOLA VINCENZO, capitano medico.
ZITO EMILIO, sottotenente medico, di Torremaggiore;
gli studenti in medicina:
BETTONI nob. GEROLAMO,
CECCHELE GIUSEPPE,
PRUNAS MARIO,
e il farmacista MANDINA GIOVANNI, tenente di fanteria.

### Medici feriti.

Risultano feriti in guerra i seguenti medici militari:
Materzani Augusto di Venezia,
Colombo Ettore di Varazze (Genova),
Mastroianni Antonio,
Voltri N.,
Piancastelli Angelo di Castelbolognese (Ravenna).

### Per gli ufficiali medici degli ospedali di riserva.

Alle Presidenze degli Ordini dei medici del Regno e per conoscenza a tutte le Direzioni di sanità militare territoriali ed a quella dell'ospedale militare di Cagliari, per rispondere ad analogo quesito, il Ministero della guerra — Direzione generale personali civili e affari generali — ha comunicato quanto segue:

« Gli ufficiali medici di complemento addetti agli ospedali di riserva, che aderiscono all'invito di far parte delle truppe operanti nella zona di guerra, hanno diritto allo stesso trattamento degli ufficiali in servizio attivo permanente in identiche condizioni di servizio, sia per ciò che riguarda lo stipendio e le indennità varie, sia per quanto concerne le pensioni alle vedove ed agli orfani ».

Il tenente generale medico ispettore capo
C. SFORZA.

### Interpretazione autentica delle norme per le pensioni privilegiate.

Con decreto Luogotenenziale 21 ottobre 1915, n. 1158 (*Gazz. Uff.* 6 novembre, n. 272) è stata fatta la seguente interpretazione autentica delle norme vigenti per le pensioni privilegiate:

« Con le disposizioni contenute nel testo unico 21 febbraio 1895, n. 70 delle leggi sulle pensioni, e con le norme successivamente emanate in materia di pensioni privilegiate, si intende completamente regolato qualsiasi diritto dell'impiegato civile o militare che, nell'esercizio o in occasione delle sue funzioni, abbia riportato ferite o contratto infermità, che lo rendano inabile ad ulteriore servizio, e quelli degli aventi diritto in caso di morte dell'impiegato in servizio o in conseguenza del servizio stesso, qualunque sia stata la causa dell'infortunio ».

### Indennità agli ufficiali chirurgi.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il seguente decreto n. 1628: Agli ufficiali medici è pure corrisposta una indennità di lire 200 per perdita di strumenti chirurgici.

### Elettroterapia di guerra.

La Direzione di Sanità del II corpo d'armata ha istituito nei varii ospedali di riserva di Milano un utilissimo servizio di cure elettriche e fisiche per quei feriti che non possono essere ricoverati al padiglione Biffi per le malattie nervose.

All'ampiamento di detti servizi hanno concorso, fornendo gratuitamente macchine elettriche ed elettrotermofoni, le principali ditte fabbricanti di apparecchi elettroterapici.

Le applicazioni elettriche vengono compiute da dame della Croce Rossa e da infermieri appositamente istruiti.

A capo del detto servizio venne nominato il capitano medico dott. Giuseppe Redaelli.

### Inaugurazione della Clinica pediatrica a Milano.

Il 28 corrente, presso i RR. Istituti clinici di perfezionamento di Milano, col concorso delle autorità del Comune, della Provincia e di spiccate notabilità sanitarie, ebbe luogo la solenne inaugurazione della Clinica pediatrica dovuta alla munificenza della signorina Adelina De Marchi, la quale volle dedicata quest'opera sublime di provvidenza alla memoria de' suoi cari.

Parlarono il presidente degli Istituti clinici, rag. Arturo Orsini, il direttore prof. sen. Luigi Mangiagalli, ed infine il prof. Cattaneo chiamato a dirigere la nuova clinica.

Il nascente nuovo istituto si presenta a linee di vera grandiosità. Tutti i particolari sono trattati con somma cura.

### All'Istituto d'Igiene di Bologna.

Il prof. comm. Arnaldo Maggiora, nuovo titoale e membro del Consiglio Superiore di Sanità, ha tenuto la sua prolusione al corso di igiene, parlando dei progressi compiuti dalla pubblica igiene in Italia durante l'ultimo trentennio.

### Beneficenza.

La famiglia Menni di Monza, per la morte di Angelo Menni ha elargito lire 6000 all'Istituto dei Deficienti, e fatta donazione di annue lire 450 di rendita alla Pia Casa di Ricovero di quella città.

Il dott. cav. uff. Giulio Rezzonico, morto a Milano, ha lasciato legati di beneficenza per oltre lire 250,000.

La Ditta John Watson di Glasgow, proprietaria delle più importanti miniere carbonifere della Scozia, ha rimesso al marchese Domenico Pallavicini a mezzo di quel console italiano per il Comitato regionale della Croce Rossa Italiana in Genova, un'oblazione di lire 6000.

Il collegio dei liquidatori della Società Nazionale di Servizi Marittimi ha erogato lire 10,000 a favore della Croce Rossa, lire 5000 a favore delle famiglie dei marinai morti in guerra e lire 10,000 a favore di soldati mutilati o invalidi.

### Medici condotti interini.

A Piacenza fu convocato dal Prefetto per telegrafo, d'urgenza, il Consiglio provinciale sanitario, per discutere sull'unico argomento posto all'ordine del giorno: la nomina del medico condotto interino nel Comune di Castelvetro, a

norma del decreto in proposito emesso dal Luogotenente del Re.

Il Consiglio, nell'intento di facilitare l' applicazione del Decreto Luogotenenziale di cui si parla, stabiliva che d'ora innanzi il Prefetto potrà far la nomina degl'interini senza sentir l'avviso del Consiglio stesso, ma mettendosi unicamente d'accordo col medico provinciale e col presidente dell'ordine dei Medici.

---

Per quanto da vario tempo fosse temuta la sua fine e con profonda tristezza si seguissero i passi del male inesorabile, che lo trasse a morte, pure con vero e profondo dolore, con emozione vivissima fu appreso il lutto, che colpiva, nei primi giorni del mese decorso, la scienza francese. **Ch. Bouchard,** che tanta luce di dottrina e di sapere ha irradiato intorno a sè, era veramente una figura medica nobilissima, la quale si era affermata ed imposta per il valore dei suoi studi, per la integrità del suo carattere, per la probità della sua vita.

Nato a Montier-en-Der (Haute-Marne) nel settembre 1837, cominciò i suoi studi medici a Lione. Ma fu a Parigi che egli percorse tutti i gradi della carriera medica, fino a che nel 1879 la Facoltà di Medicina gli affidò la cattedra di Patologia generale, che tenne per 31 anno. Durante questo tempo pubblicò numerosi lavori, i quali gli assicurarono una fama mondiale e che lo fecero nominare membro dell'Accademia di Medicina (1866), membro dell'Accademia delle Scienze (1887), presidente della Società di Biologia, presidente dell'Accademia delle Scienze. Da qualche mese era stato insignito della grande croce della Legion di onore.

I primi studi di Ch. Bouchard, pubblicati sin dall'epoca del suo interinato a Lione, rivelano in lui quello spirito indagatore delle cause e della intima essenza delle malattie, che in seguito si rivelò così acuto e geniale. Ricordo il lavoro sull'erpete cincinnato e sull'erpete tonsurante, quello sulle lesioni pellagrose, e le esperienze sulla azione nociva dei diversi raggi dello spettro solare. A Parigi fu allievo di Charcot, di cui manifestamente subì la influenza con i noti studi sulle degenerazioni secondarie del midollo spinale e sugli aneurismi miliari. Convinto della opportunità di assegnare il primo posto ai problemi relativi alla patogenesi ed alla fisiologia patologica, pubblicò il libro sulle malattie da rallentamento della nutrizione nel 1882, enunciando idee che, da lui riprese e completate più tardi, tengono anche oggi felicemente il campo della scienza. Poco prima aveva cominciato i suoi studi sui microbi patogeni, e dal 1881 al 1883 pubblicò i suoi lavori sulle nefriti infettive e sul microbo della morva. Nel 1885, durante una epidemia colerica, condusse esperienze notevolissime, dimostrando che il veleno colerico si elimina colle urine, ed iniettando ai conigli per la via delle vene urina proveniente da colerosi, riprodusse il quadro completo della malattia.

Alla stessa epoca rimontano gli studi di Bouchard sui veleni delle urine normali, e sulle auto-intossicazioni. Debbono anche essere ricordate le sue esperienze sulla immunità e sull'ufficio delle cellule nella produzione delle sostanze battericide, le sue ricerche sul significato della lesione locale, le sue osservazioni cliniche sul latirismo, i suoi studi sulla chimica della nutrizione, sulle emanazioni di radio, sulle glicosurie di origine surrenale, sui raggi catodici.

In terapia Bouchard, in omaggio alle sue idee scientifiche, ha insistito sulla necessità di prendere per base della cura le condizioni patogenetiche. Fu il primo ad usare il creosoto nella cura della tubercolosi e mostrò i buoni effetti dei bagni gradualmente raffreddati nei tifosi; formulò anche regole sull'antisepsi intestinale.

Con Charcot e Brissaud pubblicò un trattato di medicina e si deve a lui un trattato di radiologia medica, ed un trattato di patologia generale. Dirigeva anche dei periodici medici: « Journal de Physiologie et Pathologie générale », « Revue de Médecine », « Revue de la Tuberculose ».

Dotato di una memoria prodigiosa, di una resistenza allo studio ed al lavoro ammirabile, ha saputo costantemente rimanere al corrente di tutti i progressi realizzati nel campo scientifico. Non tutte le idee, svolte nei numerosi suoi lavori, sono oggi accettabili e forse alcune dimenticheranno i posteri: non si ricorderà però mai a sufficienza che egli fu il rinnovatore della patologia generale e questo costituisce certamente un titolo che non morrà.

Amico ed ammiratore dell'Italia e della scienza medica italiana, egli accorse qui in Roma rappresentante la Francia allorchè, in occasione della inaugurazione dei nuovi locali della Regia Clinica Medica al Policlinico, furono rese al nostro grande Maestro solenni onoranze.

L'otto aprile 1906 egli era in Campidoglio: in quell'epoca parve che i due genii latini si stringessero le destre, presaghi del futuro!

La scienza medica francese, la scienza medica universale, vestita di gramaglie, si inchina dinanzi alla tomba del maestro instancabile, dello scienziato eminente, dello studioso indefesso, dell'uomo integro.

P. C.

---

# Rassegna della stampa medica.

*The Boston Medic. a. Surg. Journ.*, 7 ott. SPAULDING: Classificazione e segregazione dei criminali. — LEE: Pressione del sangue, esami dell'urina e conta differenziale dei leucociti negli adulti.

*Riv. di Ig. e San. pubbl.*, 16 ott. MAFFI: La disinfezione delle sputacchiere.

*La Radiol. Med.*, sett.-ott. BUSI, SGOBBO, SERENA: Radiologia in guerra. — MILANI: Fratture del bacino.

*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 12 ott. MARFAN: Sul l'igiene dell'infanzia. — NETTER: Sieroterapia della poliomielite. — LORTAT-JACOB e FERRAN: Sutura del midollo spinale.

*Biochimica e Terapia sperim.*, maggio. GAVINA: Sieri placentotossici. — CIACCIO: Autossidazione delle sostanze lipoidi; cromolipoidi e complessi pigmentarii.

*Il Lavoro*, 31 ag. MORI: Asimmetrie esterne del corpo in rapporto alla patologia dei lavoro.

*La Presse Médicale*, 21 ott. FROMENT: La preensione nelle paralisi del nervo cubitale e il segno del pollice. — GRENET: L'oro colloidale nel reumatismo articolare acuto.

*La Riforma Med.*, 23 ott. RUMMO: Terapia delle aritmie. — ALZONA: Metabolismo dell'azoto negli essudati. — FAGIUOLI: Sull'anemia da Leishmania.

*Rev. Médica del Uruguay*, sett. SERVETTI LARRAYA: Reumatismo articolare acuto gonococcico. — PRAT: Articolazioni a scatto. — DEL PINO: Le ritenzioni idrica e azotata. — NUNEZ: Metodo Forlanini.

*The Journal of the Americ. Med. Assoc.*, 15 ott. CHENEY: Ulcera gastrica quale sequela di ulcera duodenale. — CABOT, BRAASCH, MOORE, LOUX, BARBEZ: Sulla patologia e chirurgia degli ureteri, della pelvi renale e dei reni. — ALLEN: Nuove idee e strumentari sulle fratture. — MONTGOMERYG L'aborto: cause e trattamento.

*La Clinica Ostetrica*, 1° e 15 ott. LA TORRE, GINI: Polemica sull'eugenica.

*The Journal of Tropical Med. a. Hyg.*, 15 ott. BOND: Cause e trattamento della pellagra.

*The Lancet*, 13 ott. BRUCE: Sul trattamento del tetano. — SANDWITH: La pellagra quale malattia da insufficiente nutrizione. — LININGTON: Asfissia traumatica.

*The British Medic. Journal*, 23 ott. BRUCE: Sul trattamento del tetano. — NEWMAN: Calcoli ureterali. — MORITZ: Ittero epidemico in guerra.

*Bull. Johns Hopkins Hospital*, ott. JANEWAY: La pressione del sangue. — JOBLING e PETERSEN: Fermenti e antifermenti del sangue.

*The Boston Med. a. Surg Journal*, 14 ott. HAINES: Il lavoro per gli alienati. — Mc. CRUDDEN: Sull'insegnamento della terapia.

*Rivista Ospedaliera*, 15 ott. CAULI: Sulla cura incruenta delle fratture. — PELLEGRINI: Chirurgia di guerra.

*La Malariologia*, 15 ott. MESSORE, SAITTA: Relazioni.

*Paris Médical*, 23 ott. Neurologia e psichiatria di guerra.

*Bollett. d. Mal. dell'Orecchio, ecc.*, ott. CALDERA: I mezzi emostatici in otorinolaringoiatria.

*Gazzetta d. Osped.*, 27 ott. MARAGLIANO V.: La ricerca dei proiettili magnetici coll'elettrovibratore.

*Pensiero Med.*, 31 ott. PESTALOZZA: Valutazione della funzionalità duodenale secondo il metodo Einhorn.

*Giornale internaz. d. Scienze Med.*, 31 ott. BACCARI: Sulla gravidanza tubarica.

*Bullett. d. Scienze Med.*, ott. SALAGHI: Per la fisiologia dell'organo uditivo (Contributi di fisica medica).

*La Riforma Medica*, 30 ott. D'ORIA: Sul peritelioma primitivo delle glandole linfatiche.

*Arch. p. le Scienze Med.*, 1° ott. BROSSA: Isolamento di agglutinine vegetali per mezzo del loro punto isometrico. — PELLEGRINI: Sul contenuto in iodio della glandola tiroide.

*La Presse Médicale*, 28 ott. GRASSET: Il trattamento delle psiconeurosi di guerra. — REVERCHON, VIGNAT e VAUCHER: Sterilizzazione precoce delle ferite di guerra con aria od ossigeno caldi.

*Psiche*, lug.-sett. MORSELLI: Psicometria e psicopatologia.

*Revue Neurologique*, ag.sett. ANDRÉ-THOMAS e JUMENTIÉ: L'attitudine del corpo. — BACALOGLUD e PARHON: Un caso di radicolite.

*Gl'Incurabili*, 30 sett. BERGERG. La prova di Moriz-Weisz nella tubercolosi polmonare.

*La Pediatria*, nov. JEMMA: Meningite meningococcica nei lattanti e sieroterapia antimeningococcica. — LO CICERO: La febbre transitoria nei neonati. — CORICA: Il trattamento della tifoide nell'età infantile.

*Pathologica*, 15 ott. MERELLI: Vaccinazioni multiple simultanee.

*Gazzetta d. Osp. e d. Clin.*, 31 ott. INDELLI: Cistoma ovarico a peduncolo corto simulante un neoplasma uterino.

# Indice alfabetico per materie.



Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. Pozzi, resp.

Anno XXII **Roma, 19 dicembre 1915** Fasc. 51.

# IL POLICLINICO

**SEZIONE PRATICA**

*DIRETTORI:*
**Prof. GUIDO BACCELLI — Prof. FRANCESCO DURANTE**
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

## SOMMARIO.



***Premio ordinario gratuito per l'anno 1916:***

**Le Dermatosi dei lavoratori**

PROF. VINCENZO MONTESANO
Libero docente di Clinica Dermosifilopatica nella R. Università di Roma

Sarà un elegante volume di circa quattrocento pagine, nitidamente stampato ed elegantemente rilegato in piena tela, con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso.

**Sommario.**

Proemio — Classificazione delle dermatosi dei lavoratori dal punto di vista dermatologico — Industrie, professioni e mestieri in cui si riscontrano dermatosi professionali — Caratteri generali delle dermatosi dei lavoratori — Cura e profilassi delle medesime — Considerazioni generali sulle dermatosi professionali dal punto di vista medico-legale, sociale ed economico — Appendice con brevi accenni ai caratteri clinici delle dermatosi meno frequenti — Bibliografia — Indice alfabetico dei nomi e delle materie

**Avranno diritto al premio soltanto coloro che invieranno subito il prezzo di abbonamento, più Cent. 60 per le spese di spedizione del volume mediante cartolina vaglia** ***alla quale (sul posto destinato al Bollo dell'Ufficio Pagatore) si prega applicare la prescritta marca da bollo da 5 centesimi.***

**La cartolina-vaglia dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. ENRICO MORELLI, Via Sistina, 14-15 — ROMA**

**Diritti di proprietà riservati.** — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *o la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

# LAVORI ORIGINALI.

Clinica Chirurgica Generale della R. Università di Torino
diretta dal Prof. Sen. ANTONIO CARLE.

## Sulla amputazione osteoplastica della gamba secondo Bier

per il dott. GIUSEPPE SERAFINI, assistente, doc.

Allo scopo di ottenere dei monconi capaci di portare anche nelle amputazioni diafisarie della gamba gli autori hanno fatto numerosi tentativi operatorii. Dopo la proposta di Bier della formazione di un piede artificiale con un segmento di gamba è comparso il processo di Gleich col quale la superficie di sezione della gamba viene rivestita con un lembo osteo-periosteo-cutaneo. I successivi metodi di Delbet, Samfiresku, Trzebichy non portarono semplificazioni o miglioramenti di tecnica e molto indaginosi apparvero anche quelli di Storp e Bunge e di Kocher. Il metodo della formazione del piede artificiale alla Bier, oltre ad essere di difficile esecuzione tecnica, sacrifica tutto un segmento dell'arto, gli altri presentano una certa difficoltà di esecuzione perchè il lembo osseo-periosteo viene scolpito e distaccato dalla tibia insieme al lembo muscolo-aponeurotico.

La modificazione introdotta da Bier costituisce una grande semplificazione della tecnica.

Schmieden (V. Schmieden - *Corso di operazioni chirurgiche,* trad. del prof. O. Uffreduzzi, pag. 99). descrive così brevemente l'atto operativo: con un coltello di medie dimensioni si scolpisce anteriormente un grande lembo linguiforme, il cui apice corrisponde alla faccia anteriore della tibia. Si prepara questo lembo fino all'altezza del punto in cui si vuole amputare lasciando però il periostio aderente alla tibia. Si incide il periostio con due lunghe incisioni longitudinali che decorrono sui due margini scoperti della tibia e lo si incide poi trasversalmente in corrispondenza del margine inferiore della ferita; all'altezza di questa incisione trasversale si solleva un breve lembetto di periostio ed alla sua base si appoggia la sega ad arco obliquamente rispetto al piano dell'osso. Dopo che il filo sottile della sega è penetrato obliquamente nello spessore della tibia, il taglio prosegue parallelamente alla superficie dell'osso, asportando, insieme al periostio, una sottile lamina ossea; la sega giunta presso la base di questo lembo, torna ad accostarsi alla superficie e, coll'aiuto di elevatori, si rende il lembo completamente sollevabile. Scollando ancora il periostio per un breve tratto in alto, il lembo osteoperiosteo diventa completamente mobile, pur essendo munito di un peduncolo periosteo che lo nutrisce. A livello del punto dove è giunto lo scollamento del periostio, si pratica l'amputazione di tutto l'arto con una incisione circolare delle parti molli e coll'incisione delle parti interossee e si finisce segando le due ossa alla stessa altezza.

Ribattendo il lembo osteoperiosteo sulla superficie della tibia alquanto arrotondata, esso copre contemporaneamente tibia e perone; con qualche punto applicato al periostio si fissa anche lateralmente il lembo, si trattano convenientemente i vasi ed i nervi, infine si copre tutto col grande lembo cutaneo.

Radiografia I.

Dopo la guarigione per prima intenzione il moncone viene progressivamente abituato al contatto, alla pressione ed all'urto. Bier (A. Bier, H. Braun. H. Kümmel, *Chirurgische Operationslehre,* Band III, S. 88) consiglia di cominciare a premere giornalmente colla palma della mano per più volte contro il moncone, poi lo si avvezza poco a poco a leggeri urti e si pone nel letto un ceppo di legno contro il quale il paziente deve premere ed appoggiarsi coll'estremità del moncone. Indi l'operato si alza e si appoggia col moncone dapprima su una sedia soffice e poi su una di legno. Frattanto si pra-

ticano bagni caldi e massaggi al moncone. Appena questo è diventato del tutto insensibile si munisce il paziente di una protesi provvisoria sulla quale egli si appoggia aumentando gradatamente la durata del cammino e la intensità della pressione.

Con questo trattamento si è potuto dare al moncone osteoplastico diafisario della gamba una capacità di portare analoga a quella che possiedono i monconi Pirogoff, di Gritti e quelli che risultano dalle disarticolazioni.

Radiografia II.

Si è osservato che per lo più l'opercolo osseo si salda con callo osseo alla tibia ed al perone, talora lo si trovò sollevato dalla tibia e disposto obliquamente, ma anche in questi casi il moncone risultò atto a portare. In qualche operato si dovette estirpare il lembo osseo. La necrosi venne riscontrata parzialmente dal Bier in un caso sopra trenta, in tre sopra quindici da Rehn, in uno sopra dieci da Angerer, in uno sopra dodici da Storp e Bunge. Ma anche dopo la necrosi del coperchio osseo Bier, Bunge ed Amberger constatarono che il moncone non aveva affatto perduto la sua attitudine a portare.

Nella nostra Clinica sono state fatte tre amputazioni della gamba con questo metodo osteoplastico, una delle quali dal prof. Uffreduzzi, un'altra dal dott. Rodano e la terza da me. In tutti e tre i casi l'indicazione era data da una grave tubercolosi delle ossa del piede con diffusione del processo alle guaine dei muscoli della gamba. I soggetti, donne di 67, 63, 40 anni di età, erano in condizioni generali scadenti e presentavano lesioni polmonari; la paziente di 40 anni era anche gravida. Queste operate per la natura della malattia dovevano essere dimesse al più presto dall'ambiente dell'ospedale. La guarigione avvenne in tutti i casi per prima intenzione. Il moncone è stato preparato a portare secondo i suggerimenti di Bier. Dopo un tempo variabile da dieci a quindici giorni si applicarono degli apparecchi di protesi provvisoria fatti con un grosso bastone che portava per l'appoggio del moncone una tavoletta di legno solidamente fissata. Gli apparecchi definitivi poi erano confezionati in modo da permettere un buon appoggio dell'estremo del moncone il quale veniva così a dover sopportare tutto il peso che l'arto è destinato a reggere. Le operate non hanno mai lamentato alcun dolore ed il loro moncone si è dimostrato perfettamente tollerante al lavoro al quale era così precocemente assoggettato. Dopo qualche giorno di necessaria prova dell'apparecchio, le pazienti furono congedate.

Rivedute di recente, alla distanza di due anni, un anno e quattro mesi dall'amputazione, abbiamo trovato che gli estremi dei monconi i quali erano appiattiti subito dopo l'operazione si erano arrotondati, presentavano alla palpazione una sporgenza ossea, fissa, liscia, regolare, indolente data dal lembo osseo. La cute era ispessita, mobile, sollevabile in pieghe. La pressione più energica e gli urti anche più forti contro il moncone non risvegliavano il menomo dolore. Delle due radiografie qui riportate che si riferiscono alla donna di 40 anni da me operata, la prima è stata presa cinque giorni dopo l'operazione: in essa si vede che il lembo osseo è un po' irregolare ai due estremi. Nella seconda eseguita dopo 95 giorni, il lembo osseo appare situato in buona posizione e saldato abbastanza intimamente alla superficie di sezione della tibia e del perone, di più ai suoi due estremi si è regolarizzato ed assottigliato, assumendo così nel suo insieme l'aspetto di una semiluna.

Col tempo il lembo acquista sempre più la forma di una semiluna e finisce con saldarsi per mezzo di un callo osseo molto denso alla tibia ed al perone come risulta da una radiografia riportata dal trattato di operativa di Bier, Braun, Kümmel.

Per quanto noi abbiamo notato, bisogna porre attenzione a non scolpire il lembo osseo troppo lungo come si ha tendenza a fare perchè in tal caso le parti molli del polpaccio premono contro l'estremo postero esterno tagliente del lembo ed insorgono allora nevralgie. Di più la spinta in avanti del lembo stira la cerniera periostale e può provocare l'anemia e la lacerazione di essa.

Per il terzo inferiore della gamba la lunghezza del lembo osseo deve essere di cent. 4,5 per il terzo superiore, di cent. 6,5.

Anche la cute che ricopre lo spigolo anteriore della tibia subisce nei primi tempi dopo l'operazione una irritazione per il decubito dell'osso e per la compressione della protesi sicchè si ulcera con facilità; però poco a poco diventa indolente, cicatrizza e finisce poi col formarsi al di sotto di essa una borsa mucosa come abbiamo riscontrato nella mia operata. Mi sembra perciò che convenga, dopo aver sollevato il lembo osseo, prolungare alquanto l'incisione del periostio sulla cresta della tibia, scollare un poco il periostio della faccia latero-esterna di quest'osso far saltare collo scalpello lo spigolo tibiale e poscia stirare sopra il periostio unendo i due lembetti con un punto di catgut.

Naturalmente questo processo di amputazione, come tutti i processi osteoplastici, può essere applicato soltanto nei casi di lesioni perfettamente asettiche.

Il moncone osteoplastico è dopo la guarigione per prima intenzione, subito molto più insensibile ed atto a portare che non il moncone dell'amputazione con metodo comune e come tale è degno di essere preso in considerazione anche nella pratica chirurgica di guerra.

Torino, ottobre 1915.

# NOTE E CONTRIBUTI.

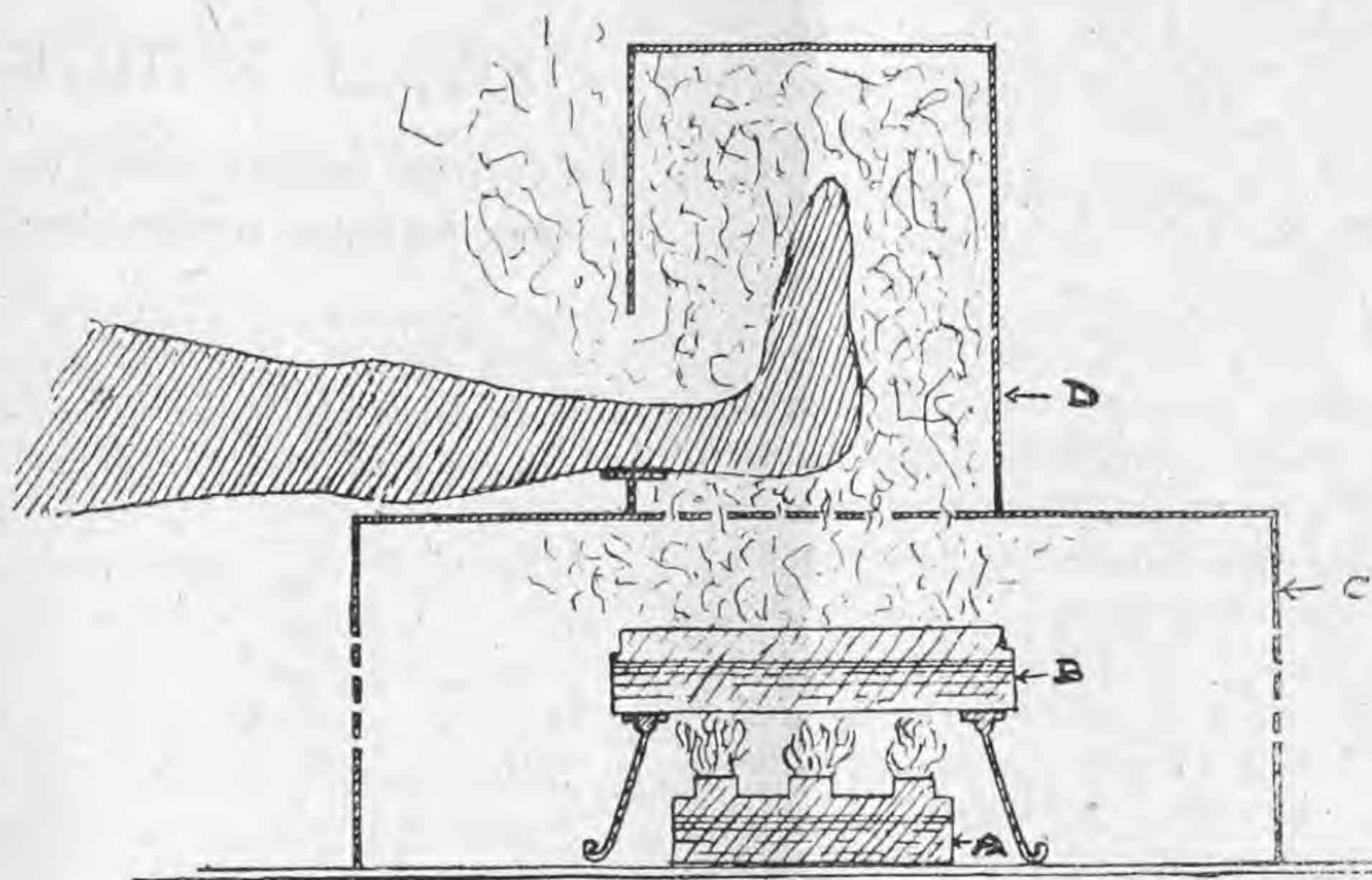
## La cura dei congelamenti mediante il bagno a vapore.

Il freddo, che si affaccia intenso e rigido, oltrechè sulle alte vette del Trentino, anche lungo la ubertosa valle dell'Isonzo, ha cominciato a produrre i suoi deleterii effetti fra le truppe operanti sulle brulle e disputate colline del Carso. Sono bastati infatti pochi giorni di rapido abbassamento della temperatura al di sotto dello zero, perchè molti militari fossero colpiti da forme di congelazioni, per fortuna non molto gravi, agli arti inferiori, ed in paricolar modo ai piedi. E ciò è anche dovuto al fatto che i nostri soldati, i quali fanno una guerra del tutto offensiva, non possono essere riparati dalle intemperie e dai rigori della stagione invernale in comode trincee, come quelli dell'esercito nemico; ma debbono accontentarsi di trincee improvvisate con sacchi di terra, quasi scoperte, e rimanervi per molte ore in posizioni d'immobilità, sempre vigili ed attenti verso un nemico che non dà tregua.

Chi scrive queste note dirige un Ospedaletto da campo, non molto lontano dalla zona di combattimento, ed ha avuto occasione di ricoverare nel suo reparto una quarantina di congelati. Tutti presentavano congelazioni di primo grado ai piedi, caratterizzate da tumefazione edematosa alla regione dorsale, lieve cianosi e tumefazione alle dita; pochi avevano delle vescicole a contenuto siero-ematico; qualcuno presentava cianosi intensa ed insensibilità alle dita. Subbiettivamente accusavano dolori vivi che toglievano loro il riposo, molti impossibilità assoluta nella deambulazione, tanto che dovevano essere trasportati a spalla.

Preoccupato dal numero dei colpiti, e non avendo troppa fiducia nei metodi di cura adoperati contro le congelazioni, consistenti in frizioni con alcool, pennellazione di tintura di iodo, ecc., specie per i loro effetti tardivi nella risoluzione della lesione, ho voluto sperimentare il bagno a vapore proposto da Vallardi e da lui adoperato nell'Ospedale di riserva S. Barnabo a Milano sui congelati provenienti dal Cadore (*Policlinico,* Sezione pratica, n. 39).

Gli effetti furono sorprendenti, specie per la scomparsa dei sintomi subbiettivi anche dopo una sola applicazione. Ammalati che non facevano che lamentarsi durante la notte, sottoposti alla azione del vapore acqueo hanno potuto riposare. L'edema e la cianosi nello spazio di pochi giorni scompaiono e le vescicole si raggrinzano e si essiccano. Anche nei casi di cianosi intensa si ebbero miglioramenti notevoli.

Per l'applicazione del detto metodo mi sono servito di un semplice apparecchio, di facilissimo impianto, anche nei posti sanitari più avanzati.

Esso consiste in una sorgente di calore che può essere una comune lampada ad alcool o a petrolio (*A*) con un sostegno ove si applica una bacinella (*B*) a larga superficie per una più vasta evaporazione, ripiena d'acqua per due terzi. Bacinella e lampada vengono coperti con una cassetta di legno (*C*) di forma quadrata nella quale siano praticati alcuni fori laterali per l'entrata dell'aria, e molti fori superiormente per la fuoriuscita del vapore acqueo. Sulla detta cassetta se ne applica un'altra (*D*) di forma rettangolare, che combaci con i fori della cassetta (*C*) aperta anteriormente, ove si introduce l'arto congelato.

La durata dell'applicazione del vapore è di 10' o 15', per due volte al giorno, e nei casi più gravi anche tre.

Non ebbi a lamentare per la detta applicazione alcun inconveniente. L'arto che prima dell'applicazione del vapore aveva tinta cianotica, dopo ne usciva con colore rosso carnicino in completa essudazione; veniva avvolto in abbondante ovatta sterile e l'ammalato messo a letto.

Con tale metodo di cura gli ammalati ricoverati nel mio Ospedaletto, molti dopo 5-6 giorni, altri dopo 8-10, poterono rientrare ai proprii corpi.

Con l'inoltrarsi dell'inverno i casi di congelamento probabilmente aumenteranno, costituendo un inconveniente abbastanza grave sia per l'ingombro che deriverebbe negli ospedali, sia per la diminuzione dell'efficienza bellica delle truppe. Se questo metodo curativo, di così semplice applicazione, potesse risolvere il non facile problema di abbreviare la durata del congelamento, e far rientrare ai corpi, dopo pochi giorni di degenza nelle infermerie provvisorie o negli ospedali di 1° ricovero, i militari che ne venissero colpiti, non avremo vinto del tutto un altro nemico, «il freddo», ma ne avremo di molto diminuiti i tristi effetti sia riguardo alla salute del nostro soldato, come rispetto alle esigenze militari.

Capitano A. D'ELIA.
Direttore Ospedaletto da Campo.

## I vecchi antisettici nella odierna chirurgia di guerra

### (Nota preventiva).

La forma nuova data da Carrel e Dakin in America e da alcuni sperimentatori in Italia ad un antisettico abbastanza vecchio e abbastanza conosciuto, mentre non aggiunge valore alla preparazione che ora si presenta in veste, se si vuole, più elegante, poco ne detrae alla primitiva, alla quale la chirurgia conservatrice deve non pochi successi. Ma poichè — e siamo in vena di esumazioni — oggi per considerazioni individuali e per criterio d'interesse collettivo s'impone il risparmio meticoloso degli organi del lavoro ai militari che riportano ferite in guerra, mi sembra giustificato il desiderio di mol-

ti medici i quali vorrebbero fosse riconosciuta l'importanza di un sale organico che il dottor E. Oteri adoperava in chirurgia fin dal 1892 e che posteriormente, dopo ripetute esperienze, dichiarava in una pregevole memoria di efficacia sorprendente nelle forme suppurative acute e in quelle a decorso cronico.

Il cremor tartaro usato come polvere per ravvivare le ulcerazioni torpide, cospargere cavi ascessuali unici, od in soluzione acquosa calda a titolo noto, associato all'acido borico, per irrigare vaste cavità anfrattuose, è uno dei tanti vecchi rimedi noti alle nostre scuole mediche e che così bene hanno saputo resistere, accanto e senza confondersi, agli altri più recenti, appunto per la loro azione speciale ch'esercitano sui tessuti.

Tralascio i dettagli di tecnica perchè non necessari tanto sono semplici, del resto sono consegnati nella memoria originale.

Per quello poi che riguarda la nostra esperienza personale, diciamo succintamente di aver constatato, dopo le prime medicature, diminuzione e scomparsa del pus nelle comuni forme da cocchi; nelle gravi polimicrobiche, più tenaci, prototipo cangrena nosocomiale — ora tristemente tornata in onore — le irrigazioni o meglio le applicazioni di polvere boro-tartarica spogliano la decidua fatta di detriti polposi fetidi, lasciando il tessuto sottoposto ricoverto di granulazioni di buonissimo aspetto.

Nelle infezioni da anaerobi genericamente comprese sotto la denominazione di flemmoni settico-gassosi, le irrigazioni, gli impacchi caldi di soluzione boro-tartarica al 20 % ripetuti nella giornata ed associati a generosi e precoci sbrigliamenti, arrestano la diffusione del processo che, si sa, avviene per le vie linfatiche del fascio nerveo-vascolare, senza spesso ricorrere alla metodica ischemia sottocutanea coll'acqua ossigenata.

E' noto che tutti i prodotti chimici reagiscono con facilità se sciolti; è quindi preferibile anche nel caso attuale, tranne in alcune circostanze, la soluzione acquosa di cremor tartaro alla polvere. Ma poichè il cremor tartaro sciolto a caldo in proporzione superiore al titolo dovuto riprecipita, vi si aggiunge dell'acido borico che non solo fissa il soluto ma spiega un'azione a sè con formazione di perborato potassico e messa in libertà di acido tartarico, agevolando così la soluzione del borato alcalino.

L'azione dunque del composto di acido tartarico e di perborato potassico sarebbe doppia: antisettica pel borato potassico e caustica e antisettica per l'acido tartarico.

In secondo momento l'acido tartarico in presenza dei prodotti del gruppo ammidico dei tessuti formerebbe tartrato di ammonio neutralizzando l'ambiente alcalino ed esercitando su quelli un'azione continuativa acida ed ossidante.

Quale sia l'azione vera esplicata dal cremor tartaro e dal boro-tartrato potassico sul tessuto infetto e sui prodotti dell'infezione stessa dirà meglio in seguito la chimica patologica, essendo per ora sufficiente fermare l'attenzione su questa ipotesi, mentre continua l'esame obbiettivo dei fatti che si presentano giornalmente all'osservazione.

Bengasi, ottobre 1915.

Dott. A. COSSU, cap. medico.

# RIVISTE SINTETICHE.

## Le dottrine sull'arteriosclerosi concepita come malattia cardio-vascolo-renale.

Da qualche anno nei laboratori e nelle cliniche si procede alla revisione delle dottrine vigenti sulla sintomatologia e sulle cause e cura dell'arteriosclerosi.

Sino a qualche anno fa si consideravano la cirrosi del rene, l'ipertrofia del cuore e l'ispessimento delle arterie come malattie indipendenti. Parimenti, non si distingueva la calcificazione delle arterie, che è un processo fisiologico inerente al progredire dell'età, dall'ipertrofia del tessuto connettivo delle tuniche arteriose che è manifestazione di una malattia generale.

Oggidì, si tende generalmente ad ampliare il quadro dell'affezione, riunendo alla lesione delle arterie le altre forme morbose ritenute sin quì autonome e arricchendolo con i nuovi fenomeni patologici recentemente scoperti.

Mentre tali dottrine erano da tempo presentate e accarezzate da valorosi patologi, affatto nuove sono le vedute che si affacciano ora sulla etiologia e terapia della malattia.

L'arteriosclerosi riconosceva sinora varii ordini di cause:

*Cause infettive*: sifilide, malaria, tifo, ecc., che agiscono per le sostanze tossiche prodotte dai rispettivi germi patogeni.

*Cause meccaniche*: aumento della pressione sanguigna (trauma, psichico, tensione nervosa).

*Cause tossiche*: non vi ha dubbio che il tabacco e l'alcool possano esser causa di arteriosclerosi.

Tra le cause tossiche molta importanza si attribuisce oggidì ai principii tossici ignoti, cui si devono la glucosuria e la gotta.

In Germania e in America si è recentemente richiamata l'attenzione dei patologi sopra una causa molto comune del morbo arterioso, cioè sull'alimentazione impropria ed eccessiva.

In Germania il Klimperer, partendo da dati teorici, ha studiato l'azione della colesterina come possibile fattore etiologico dell'arteriosclerosi. Ma i risultati delle sue ricerche non confermano l'ipotesi anzidetta, inquantochè le dosi che occorrono per produrre sperimentalmente l'arteriosclerosi non vengono mai ingerite, oltre di che la filosterina delle piante, che è analoga alla colesterina, è priva di azione.

In America il Bishop ha presentato una nuova teoria basata similmente sull'origine alimentare, teoria che, se confermata, offre grandi speranze per la cura e per la profilassi.

Il metabolismo organico si compie mediante varii processi successivi: il primo ha luogo con la digestione nel tubo gastroenterico e l'assorbimento nel circolo del materiale alimentare; l'altro consiste nell'assimilazione dei prodotti necessari alla vita e funzione da parte di ogni singola cellula.

Bishop è d'avviso che le sostanze proteiche ingerite con l'alimento abbiano una parte nella produzione dell'arteriosclerosi nel significato più ampio di affezione cardio-vascolo-renale.

Si è sinora ammesso che le diverse sostanze proteiche ingerite si convertano durante il processo di assimilazione nelle proteine caratteristiche dell'organismo umano. Il Bishop è stato sempre dubbioso sull'esistenza di una funzione tanto complessa, non comprendendo come, dopo l'introduzione di uova, carni o pesce, non si riscontrava una percettibile modificazione nel sangue.

Le proteine sono scomposte nell'intestino in amino-acidi, ma ciò che avviene ulteriormente di questi è assolutamente ignorato. Si suppone che gli amino-acidi sieno depositati nelle fibre muscolari, dove sono convertite gradatamente in proteine usabili. Sintanto che le cellule sono normali, assorbirebbero e utilizzerebbero il materiale nutritizio necessario alla loro esistenza ed attività, ma, quando la relazione tra cellule e proteine è disturbata, le cellule sono danneggiate e prende origine l'arteriosclerosi o, a dir meglio, quella condizione che l'A. chiama più propriamente *malattia cardio-vascolo-renale,* che è uno stato generale dell'organismo di cui il vocabolo arteriosclerosi indica un solo degli organi affetti.

Il fenomeno dell'anafilassi porta un esempio in appoggio dell'anzidetta teoria. L'anafilassi consiste in una violenta reazione delle cellule al contatto con una proteina verso la quale sono sensibilizzate.

Il modo come l'organismo diventa sensibile verso le proteine del cibo non è ancora chiaro, ma il fatto esiste e provoca aumento della pressione arteriosa, alterazioni del cuore e disturbi in altri organi.

Lo studio di molte centinaia di malati di arteriosclerosi mostra che nella grande maggioranza dei casi l'inizio della infermità coincide con un evento di sensibilizzazione dell'organismo. L'evento può essere un'infezione acuta, e in particolar modo il tifo intestinale, l'appendicite, l'esaurimento nervoso, o un'intossicazione alimentare acuta.

Basandosi su questa ipotesi, B. è diventato un fervente credente nell'efficacia del trattamento dietetico associato con le norme igieniche che attivano i processi metabolici (esercizio, idroterapia) e invero il fatto che tanta parte delle trasformazioni chimiche del ricambio avviene nel sistema muscolare mette in rilievo l'utilità dell'esercizio per mantenere in funzione i muscoli e specialmente il cuore.

Le nuove vedute sulla genesi dell'arteriosclerosi permettono d'intraprendere una terapia causale.

Le alterazioni del metabolismo consistono principalmente in una diminuita tolleranza delle cellule verso speciali proteine; pertanto, la prima indicazione terapeutica è di somministrare il cibo azotato sotto la forma che non riesce dannosa, cioè di albumina vegetale o di caseina. La sola eccezione sembra la carne di pollo, che è tollerata da molte persone le quali non tollerano la carne di mammiferi o il pesce. Nei casi gravi occorre escludere le uova, il pesce, la carne e i brodi. Pur nondimeno, resta sempre la possibilità di assegnare una dieta più larga di quella che si suppone generalmente, poichè si può disporre di frutta, legumi, cereali, grassi ed olii vegetali e di tutti i prodotti di latteria, escludendo soltanto gli alimenti che nel singolo caso sono sgraditi.

L'alcool non ha un'azione diretta nella produzione del morbo, nondimeno non è consigliabile per le ragioni che ne motivano la esclusione dalla alimentazione ordinaria.

Il tabacco può esser usato modestamente dalla massima parte delle persone, ma in alcune, che sono fortemente sensibili alla nicotina, esso riesce sommamente nocivo all'apparecchio cardiovascolare.

La seconda indicazione, fondata sulla teoria che la degenerazione del sistema circolatorio è in ultima analisi un'intossicazione alimentare, è di sorvegliare la funzione intestinale, soprattutto per la espulsione dei materiali stagnanti.

Il terzo elemento di cura consiste nell'esercizio, che costituisce il migliore stimolante cardiaco, il migliore eccitante della respirazione e il migliore rimedio per la stasi intestinale.

Dal campo teoretico i risultati dei nuovi studî sulla etiogenesi alimentare dell'arteriosclerosi passarono prontamente nel campo pratico e i medici delle Compagnie di Assicurazione sulla vita, che in America hanno assunto una colossale importanza, portando alle nuove vedute l'appoggio della loro esperienza.

In effetti, come appare dal resoconto di una seduta dell'Associazione Medica di New-York, dedicata all'argomento, la massima parte di essi si pronunziò favorevolmente alla etiogenesi alimentare dell'arteriosclerosi, riportando dei fatti che confortano tale ipotesi.

Quackenbos fece rilevare che la precoce comparsa dell'affezione, rivelata dalla pressione sanguigna anormalmente elevata, è da considerare di primaria importanza nell'esame fisico degli assicurandi, e vi si deve attribuire un maggior significato che alle piccole tracce di albumina che possono esser transitorie. In altre parole, i medici delle Compagnie tengono conto non soltanto dell'affezione in atto, ma dei sintomi che precedono la sua comparsa e propongono di indagare le abitudini di vita che influiscono sulla apparizione dei sintomi anzidetti, poichè è condizione generale fra essi che l'ipertensione arteriosa è fuori di dubbio il segno precursore delle complicazioni organiche che accorciano la vita di uomini apparentemente in buono stato di salute.

Il rischio dell'assicurazione si deve determinare sulle abitudini quotidiane del richiedente in quanto che preparano la via per una morte prematura o per una vita lunga.

Non è esagerato ascrivere il 50 %, delle morti delle persone assicurate, alla ipertensione e sclerosi, che conseguono al regime di vita antiigienica tenuto dalla maggioranza della popolazione.

L'alimentazione eccessiva, mediante l'azione diretta esercitata sul sistema vascolare dai prodotti irritativi che si formano nell'intestino, produce l'ipertensione, che è la causa dell'arteriosclerosi e delle sue gravi complicanze (apoplessia, fenomeni cardiaci, cirrosi del rene).

L'uso dei mezzi meccanici di locomozione e delle macchine agricole e industriali ha ridotto notevolmente l'esercizio muscolare, influendo sfavorevolmente sulla salute degli assicurati.

La mortalità media negli ultimi venti anni è cresciuta da 27 a 38 per 10,000 e l'aumento dipende essenzialmente dal modo di vivere e specialmente dal consumo dell'alcool, tabacco e sostanze proteiche e dalla mancanza di esercizio che promuove l'ossidazione e l'escrezione dei materiali regressivi del metabolismo.

Rogers, medico capo di una primaria Compagnia di assicurazioni, riferisce che numerose richieste di assicurazioni, che tempo fa sarebbero state accolte favorevolmente, al presente sono rifiutate a causa dell'elevata pressione sanguigna e che, per propria esperienza, la causa dell'ipertensione, almeno nella metà dei casi, è la tossiemia intestinale e nella massima parte dell'altra metà l'alimentazione esuberante. Ora, poichè la formazione dei prodotti tossici nell'intestino deriva da una dieta errata, si può conchiudere che la dieta eccessiva o impropria è la causa della pressione arteriosa anormalmente alta del massimo numero dei richiedenti.

Il Rogers prevede che al questionario che si fa attualmente agli assicurandi bisogna aggiungere altre domande non meno importanti: « Che cosa mangiate e quanto? Qual'è il vostro esercizio fisico? »

Egli nondimeno ricorda che in molti casi di arteriosclerosi si trova una pressione arteriosa normale o subnormale, che dal punto di vista dell'assicurazione ha un valore meno significativo della pressione elevata.

Lo stesso fatto è affermato da Webb Wilcox che in ricerche su 1200 malati da 66 a 98 anni di età ha trovato che è possibile avere una pressione arteriosa bassa associata con l'arterioclerosi.

Robinson non si associa alle idee su espresse e ritiene che l'arteriosclerosi sia la più recente ossessione popolare analogamente all'operazione di appendicectomia ed al pericolo della tubercolosi.

Nondimeno, riguardo al trattamento, egli pure consiglia di modificare le cattive abitudini, di evitare gli eccessi nel mangiare e nel bere e suggerisce il precetto di andare a letto presto, prendere un adeguato riposo alle fatiche quotidiane e fare vita all'aperto.

I ioduri e nitriti si debbono dare soltanto quando siano richiesti dai sintomi. Ma se, ciò malgrado, l'alta pressione persiste bisogna sospendere ogni medicina e considerare questo fatto come una protezione naturale.

Broughton, oftalmoiatra, dice che osserva due categorie di casi. Nella prima i pazienti ricorrono al suo aiuto per evidenti sintomi di arteriosclerosi dell'organo visivo, come emorragia della retina, e tali infermi erano già stati visti dal medico di famiglia. Nell'altra categoria l'affezione è all'inizio ed i malati si presentano per disturbi della refrazione senza sospettare di essere affetti da arteriosclerosi. Confermando questa diagnosi, l'A. ne dà subito comunicazione al medico del malato.

Tuthill riassume le indicazioni curative in cinque proposizioni:

1° l'arteriosclerosi consegue all'aumentata pressione sanguigna; e, allorquando l'arterio-

sclerosi è associata con pressione arteriosa bassa, l'affezione è già entrata nel secondo stadio;

2° l'accrescimento della pressione arteriosa è dovuto a tossine;

3° il detto aumento è un processo fisiologico di difesa;

4° esso per sè non richiede trattamento alcuno, eccettochè in presenza di una crisi;

5° la cura migliore consiste nel promuovere l'escrezione e nel modificare favorevolmente il ricambio materiale mediante una dieta congrua.

Secondo Cole Newton l'eccessiva alimentazione è un momento patogenico più responsabile che il bere smoderatamente vino o liquori.

Nelle campagne le condizioni sono più favorevoli che in città: non solo si respira aria più pura, ma si mangia di meno e si conduce una vita più semplice. Egli è stato per alcuni anni vegetariano, ma ora ha modificato la sua dieta e ritiene preferibile il vitto misto.

Cornwall preferisce il nome di affezione cardio-vascolare a quello di arteriosclerosi, il quale ultimo indica uno soltanto dei tre principali focolai della malattia, trascurando gli altri due: la degenerazione del miocardio e la cirrosi renale.

L'arteriosclerosi è una distinta unità, più spiccatamente per l'etiologia e la relazione tra i diversi sintomi. In senso largo, l'affezione consiste nell'usura, totale o parziale, del grande apparato che provvede ai tessuti i materiali per il metabolismo ed elimina i prodotti regressivi.

Il trattamento è profilattico e curativo.

Chi nasce con un sistema vascolare debole deve vivere in modo da assoggettarlo a sforzi ed irritazioni tossiche minori che un uomo normale.

Quando la malattia si è insediata, s'impone la necessità di una vita tranquilla e di una dieta tenue.

La regolazione della dieta, e specialmente la limitazione complessiva dell'alimento e la e-esclusione di cibi contenenti molte purine, è il mezzo curativo *più utile per impedire i progressi* della malattia.

Come si è visto, la teoria di Bishop, che pare generalmente accetta ai professionisti della Società di medicina di New York è seducente, ma non si può accogliere senza qualche riserva.

Infatti, essa è basata sopra un'ipotesi che non soltanto non è suffragata da prove sufficienti, ma contrasta con le attuali cognizioni sulle trasformazioni e sull'utilizzazione dell'albumina animale ingerita col cibo nell'organismo umano. Pertanto, la nuova teoria etiogenica dell'arteriosi si deve considerare per ora solamente come una buona ipotesi di lavoro per ulteriori ricerche nel campo della chimica biologica, ecc.

Nel campo pratico invece, la nuova teoria concorda con le vedute odierne dell'igiene alimentare. Che la alimentazione esuberante sia nociva all'organismo non ha più bisogno di dimostrazione. L'alimento in eccesso obbliga gli apparati dell'assimilazione ed escrezione e in particolar modo il fegato ed i reni, ad un soprappiù di lavoro, non strettamente necessario alla vita ed alle funzioni organiche e, come nell'economia generale, anche la macchina umana quanto più lavora tanto più presto si usura. Pertanto, la riduzione dell'alimentazione in *toto*, e in particolar modo la diminuzione dell'albumina animale al puro necessario, richieste dalla nuova teoria, si possono applicare in pratica, inquantochè, anche se le nuove vedute non ricevessero conferma, riescono benefiche dal punto di vista generale del metabolismo organico e del regolare e longevo funzionamento dei più importanti apparati, vascolare e renale, non escluso il cardiaco, le cui alterazioni nell'arteriosclerosi sono senza dubbio intimamente connesse.

Prof. C. M. BELLI
Ten. col. medico della R. Marina.

LETTERATURA.

L. FAUGERES BISHOP. *Cardiovascular-renal-disease (Arteriosclerosi)*. Medical Record, numero 2344, 9 ottobre 1915.
Medical Association of the Greaster City of New-York. Stated Meeting, maro 15, 1915.
Medical Record, n. 2331, 10 luglio 1915.
KLIMPERER. *L'arteriosclerosi*. Med. Klinik, n. 9. 1915.

# DIVAGAZIONI.

## Le malattie mediche.

Alcune cause morbose meritano di richiamare tutta l'attenzione del medico: sono quelle inerenti all'arte salutare stessa, la quale, se imperfettamente applicata, può danneggiare i malati.

Ci si affollano gli esempi.

Le esplorazioni diagnostiche incaute fanno aggravare non poche malattie, e soltanto le necessità imprescindibili della diagnosi le giustificano. Così l'esame ripetuto dei polmonitici ne peggiora lo stato e concorre ad elevare la mortalità di quelli ospedalizzati (Latham); l'esplorazione vaginale può provocare la rottura di sacche salpingitiche nel peritoneo; il cateterismo può riaccendere una sepsi delle vie urinarie; ecc.

Gl'inevitabili errori diagnostici portano ad applicare cure non idonee e quasi sempre dannose: a trattare una stenosi mitrale come tubercolosi polmonare, un'uremia come asma essenziale, un cancro gastrico come neurosi gastrica, un tumore benigno come tumore maligno, ecc.

Le cure in sè possono danneggiare in modi svariatissimi: ora per difetto (non somministrare o somministrare con ritardo la digitale nell'insufficienza cardiaca, limitarsi ad una cura mercuriale blanda nella sifilide, non dar esito ad una raccolta di pus, dilazionare un intervento chirurgico fino al periodo dell'inoperabilità......); ora per eccesso (provocare un grave idrargirismo in un sifilitico, eseguire interventi operativi non necessari, abusare di un medicamento nuovo e mal noto....); ora per inopportunità (prescrivere il creosoto o gli ioduri ad un dispeptico, l'alta montagna ad un emoptoico, salassare un anemico, applicare i vescicanti ad un nefritico, iniettare la morfina prima di avere espletato l'esame nelle affezioni acute dell'addome.....); ora per trascuratezza (non disinfettare la siringa nell'eseguire le iniezioni ipodermiche, non assicurarsi che la vescica sia vuotata nelle affezioni del sistema nervoso o nelle malattie infettive gravi, non prescrivere i mezzi atti ad impedire le piaghe da decubito, ordinare una dose di cui sul momento non si è perfettamente sicuri.....); talvolta per incapacità assoluta del medico (incidere un aneurisma, riunire due superfici ossee suppuranti, somministrare ai bambini le dosi proprie degli adulti, prescrivere l'aria libera durante l'acuzie della tosse convulsa.....); e così via.

Prospettare nella loro inesauribile varietà i danni che il medico può arrecare ai malati per mezzo dei suoi interventi, è un compito arduo, che potrebbe allettare solo dei clinici provetti.

Naturalmente il nostro intendimento è molto più modesto: noi ci limiteremo a fissare alcuni danni tipici, i quali possono assurgere alla dignità di forme morbose definite, vere *malattie create dal medico*. La nostra rivista sarà retrospettiva, in quanto che si riferirà ad errori sorpassati o che ormai dovrebbero esserlo. Ci lusinga il pensiero che questi richiami assumeranno valore educativo.

* * *

Il pericolo più comune se non il più grave è inerente all'*abuso dei rimedi*. Esso è stato avvertito da tempo; già nel secolo XII fra Bartolomeo da San Concordio ammoniva: guardatevi dai medici troppo adoperanti!

I grandi maestri della medicina hanno opposto una rémora a questa tendenza ed oggi il medico coscienzioso procura di evitare il rimprovero di essere imprudente, di forzare le dosi, di protrarre i trattamenti o di complicarli, d'intervenire a qualunque costo anche se non ve n'è di bisogno, di fare che nelle migliori condizioni il malato, come diceva Strümpell, guarisca « malgrado le cure ».

Una forma di abuso consiste nella prescrizione di rimedi insufficientemente conosciuti nel loro dinamismo fisiologico, nelle loro indicazioni, nel loro dosaggio. Conviene dunque procedere con cautela nell'impiego dei rimedi che non hanno ancora ricevuto la sanzione del tempo e giustamente il pratico avveduto esita sempre di fronte alle novità terapeutiche.

Spesso lo snobismo e le designazioni insuete suggestionano il medico e lo inducono a prescrivere i rimedi nuovi. Ma poi molti rimedi proclamati eccellenti si dimostrano inutili; molti altri rivelano azioni tossiche le quali in principio non erano sospettate; persino quelli che si comprovano ottimi contano però al loro passivo azioni dannose, fino a che non si apprende a conoscerli a fondo ed a maneggiarli con sicurezza.

LE INTOSSICAZIONI MEDICAMENTOSE.

Così dopo l'introduzione della sieroterapia venivano segnalati di tanto in tanto, malgrado l'efficacia evidente del metodo, disturbi per lo più leggeri, qualche volta gravi e persino letali, consecutivi alle iniezioni.

Gli avversari del metodo ne trassero argomento per intensificare la loro campagna.

Quei disturbi vennero poi ricondotti alla causa vera e spiegati, grazie alla scoperta dell'anafilassi compiuta da Carlo Richet. La *malattia da siero,* provocata dall'iniezione di siero, era dunque un'intossicazione dovuta alla cura, una malattia tutta medica, tutta artificiale. Oggi ne sono precisate le condizioni e si è appreso ad evitarla (per es. mediante le iniezioni subentranti) ed a curarla (per es. mediante i cardiocinetici). Quei fatti inattesi, che parevano inesplicabili, sono rientrati nell'ordine comune, come osserva Chauffard.

La storia di altri rimedi così detti biologici è ricca di simili vicende. In specie i vaccini hanno procurato spesso dei disastri.

È rimasta tristemente celebre la linfa di Koch. Il nome dell'inventore pareva arra bastevole a valorizzarla e venne usata con piena fiducia. Ma sopravvenivano riacutizzazioni a focolaio e diffusioni e persino generalizzazioni del processo morboso: con terrore molti medici ricordano ancora le *granulie da linfa di Koch.*

Eppure quel rimedio non doveva essere abbandonato: un po' per volta si apprese ad usarlo in dosi infinitesimali e crescenti e sullo stesso tipo vennero create moltissime altre tubercoline: oggi la tubercolinoterapia si considera come una risorsa terapeutica abbastanza efficace, sia pure ad azione blanda e lenta, contro la tubercolosi.

Tutti i vaccini hanno spesso provocato danni paragonabili a quelli testè riferiti quando sono stati usati in modo da dar luogo a intense e durevoli *fasi negative,* cioè da sovrapporre un'intossicazione specifica all' infezione specifica, della quale veniva in tal modo ad essere aggravato ed accelerato il decorso.

È riconosciuto ora che il segreto del successo sta nell'ottenere l'esaltamento e nell'evitare la depressione persistente dei poteri difensivi dell'organismo (sogliamo misurarli dall'indice opsonico, ma includono molti altri elementi).

* * *

Di tutti i rimedi specifici si è portati ad abusare. Sicuri della loro azione terapeutica, si vorrebbe spingerla al massimo senza considerare che s'innalza anche quella tossica.

Ad esempio, quando Ehrlich si lusingò di poter ottenere nell'uomo la « therapia sterilisans magna », la letteratura medica dovette registrare molte *morti da salvarsan,* dovute in specie agli alti dosaggi.

Il frazionamento delle dosi ed una tecnica più scrupolosa scongiurarono ogni pericolo; ma è sempre facile provocare violente *reazioni di Herxheimer,* le quali sembrano dovute al fatto che gli arsenobenzoli a forti dosi distruggono in massa gli spironemi e mettono in libertà copia di endotossine, che ingenerano un'intossicazione fugace ma intensa.

Inoltre gli arsenobenzoli determinano con facilità alcuni effetti secondari nocivi, in particolare nel sistema nervoso. Ivi creano forse un *locus minoris resistentiae;* comunque vi favoriscono l'attecchimento secondario degli spironemi sottrattisi all'azione del rimedio.

Insorgono così le ben note e temute *neurorecidive* (neuriti nel territorio dei nervi cranici, più di rado polineuriti periferiche).

Oggi si è appresso a guarirle insistendo nella cura, ad evitarle mercè cure arsenobenzoliche progressivamente intense, associate od alternate ai mercuriali, e col sussidio di una buona igiene. Queste cautele si richiedono sovratutto quando esistono sintomi di meningite latente, nel periodo secondario.

Azioni analoghe hanno manifestato anche altri arsenicali: cacodilati, metilarsinati, arsacetina, atoxyl.

Assai marcato è il tropismo dell'atoxyl per il sistema nervoso ed in particolare per le terminazioni retiniche del nervo ottico, ove questo rimedio ha determinato più volte lesioni irreparabili. Oggi il grave pericolo della *cecità da atoxyl* è stato eliminato, grazie al metodo Martin delle piccole dosi a brevi intervalli.

Un altro rimedio specifico, la chinina, dimostra pure una spiccata affinità per i nervi cerebrali sensoriali più differenziati. Quando il dosaggio ne era mal definito e si eccedeva con facilità, erano frequenti i disturbi gravi e le lesioni permanenti dell'organo visivo e di quello uditivo: andavano sino alla *cecità* e *sordità da chinina.* Oggi questi accidenti non sarebbero più scusabili.

Lo stesso rimedio è anche in grado di produrre una grave sindrome d'intossicazione, la *emoglobinuria da chinina* o *malattia di Tomaselli.* Si sospetta che sia dovuta alla distruzione in massa dei parassiti o dei globuli parassitiferi operata dalla chinina, ed all'azione emolitica che i prodotti derivati manifestano in pazienti predisposti. La si evita saggiando la suscettibilità del paziente alla chinina e ricorrendo nei casi d'intolleranza ai succedanei, come gli arsenobenzoli o il bleu di metilene.

Tutti i trattamenti specifici intensivi, quando sono accompagnati da gravi manifestazioni tossiche, perdono della loro efficacia. Ad esempio l'*idrargirismo medicamentoso,* che un tempo era frequente e di cui si osservano ancora dei casi, non si accompagna ad attenuazione apprezzabile delle manifestazioni luetiche; qualche volta anzi queste si esaltano. Viceversa la malattia risente benefici cospicui e durevoli da un trattamento mercuriale ben tollerato, che consenta di essere a lungo protratto.

* * *

Non soltanto dei rimedi specifici, ma di tutti i rimedi attivi si è abusato, in specie quando erano da poco introdotti in terapia e l'uso non ne era bene affermato.

Ad esempio nel sulfonal parve di aver trovato un ipnotico ottimo; ma dopo un uso prolungato sopraggiungevano casi di grave intossicazione, manifestantisi con l'*ematoporfirinuria* a decorso spesso letale. Siffatto comportamento è stato condiviso da altri ipnotici a composizione affine: il trional, il tetronal.

In seguito a questi fatti si è divenuti molto prudenti nell'uso di tali rimedi; anzi si tende ad eliminarli addirittura dalla terapia, sostituendovi ipnotici più innocui e maneggevoli, come il veronal.

Ricordiamo anche i risultati disastrosi di alcuni antitermici, come l'antipirina.

Quando sopravvenne la grave pandemia d'influenza del 1889-90, l'antipirina era trovata da poco. Si presentava come un rimedio ideale, perchè rispondeva ai due sintomi più penosi, la febbre e il dolore; parve miracolosa, se ne usarono quantità enormi, fece arricchire il fabbri-

cante. Poi si riconobbe che determina *metaemoglobinemia;* che, di più, deprime il cuore, ostruisce i reni, danneggia il sistema digerente. Oggi siamo inclini a credere che durante quella letale malattia soccombettero più persone al rimedio anzi che alla malattia!

Non meno pericolosi sono altri rimedi metaemoglobinizzanti come l'antifebbrina o la fenocolla.

Dobbiamo pure una menzione alle varie forme di antisepsi curativa, che ottennero tanta voga.

Non sono ancora del tutto tramontati gl'impacchi caldi al sublimato, i quali non fanno che ritardare indefinitamente la guarigione delle ferite infette; o il salolo, il quale provoca spesso i sintomi dell'avvelenamento fenolico, pur senza modificare sensibilmente la flora batterica dell'intestino o delle vie urinarie, su cui si vorrebbe farlo agire; ecc.

L'idea fondamentale di quelle pratiche, malgrado i danni ad esse inerenti, non era però da ripudiare: infatti proseguendo i tentativi oggi siamo riusciti a vincere le infezioni locali delle ferite mercè gl'ipocloriti associati all'acido borico (Gianettasio, Tuffier, Dakin); ad infrenare le fermentazioni intestinali, sterilizzando lo stomaco e le prime vie intestinali mercè l'acido salicilico (A. Schmidt, Hunter); ad asettizzare più o meno completamente le vie urinarie mercè rimedi che forniscono formalina (esametilentetramina e derivati).

*
* *

In tutte le malattie è facile danneggiare per mezzo dei medicinali; ma più specialmente nelle malattie croniche, le quali costituiscono il campo delle più svariate *intossicazioni medicamentose.*

Di fronte a malattie a lungo decorso il medico è tentato a fare qualche cosa, anche se non è strettamente indicata; cede alle insistenze dei malati e dei congiunti, i quali reclamano le sue prescrizioni; s'illude egli stesso che i suoi tentativi possano conseguire almeno qualche effetto benefico. Ma questa terapia d'espedienti fa più onore al suo cuore che al suo cervello, a meno che egli non si attenga a medicinali del tutto inattivi, che agiscano solo per suggestione.

Tubercolotici, dispeptici, neuropatici, arteriosclerotici, anemici, cardiaci, così detti «artritici», ecc. ecc. ricevono *ad nauseam* creosoto, ioduri, bromuri, ipnotici, tonici, ferruginosi, fosfatici, antisettici intestinali, purganti, ecc., ecc.

Secondo Hayem, la proporzione delle intossicazioni da medicinali nella clientela delle grandi città, prendendo in blocco tutte le malattie croniche, può valutarsi all'incirca dell'80 %! Sovrapponendosi alla malattia esse ne oscurano la situazione.

Procurano specialmente delle *gastro-enteriti medicamentose,* di solito assai ribelli. Si è pensato di ovviarvi scegliendo la via ipodermica per l'introduzione dei medicinali. Ma gli assalti all'emuntorio renale e al sistema nervoso non vengono scongiurati; neppure il sistema digerente è del tutto risparmiato, dacchè molti medicinali si eliminano per questa via.

Anche senza indicazioni speciali, senza motivi definiti, talvolta nel pieno benessere, di propria iniziativa o dietro suggerimento del medico, molti sperimentano su se stessi le cure «depurative» o «rinfrescanti» o «ricostituenti», prendono i rimedi delle ultime pagine, gli alcalini, gli ioduri, gl'ipofosfiti, i purganti...

Sovratutto dei purganti si abusa. Tra i molti mezzi spoliativi che un tempo erano adoperati senza freno — salassi, emetici, sudoriferi, diuretici, bechici, purganti, ecc. — questi ultimi sono quelli che hanno resistito di più. Persone in buona salute od afflitte solo da lieve stasi intestinale non saprebbero rinunziarvi; non pensano che i purganti possono aggravare lo stato d'irritazione dell'intestino e che sogliono rendere quest'organo sempre meno sufficiente.

Con mezzi siffatti non si ottiene altro, evidentemente, che *rendere la salute ammalata* come diceva Montaigne.

### I PERICOLI DELLA TERAPIA FISICA.

I mezzi fisici di cura confermano le considerazioni generali che abbiamo fatte.

Anch'essi si dimostrano specialmente pericolosi quando sono da poco introdotti in terapia, cioè imperfettamente conosciuti.

Un esempio tipico ci è fornito dai raggi X, i quali furono quasi immediatamente adattati alla medicina clinica. Non si prevedevano i rischi inerenti al loro uso: si esplorava un dominio sconosciuto.

Non passò molto che si osservarono lesioni caratteristiche nelle regioni della cute irradiata a lungo o ripetutamente. Nuove per l'aspetto e per l'evoluzione, si dissero *radiodermiti.* Tale era la *mano di Roentgen.* A quelle dermatosi tennero dietro alle volte, in specie nei radiologi, degenerazioni cancerose a lentissima evoluzione, che resero necessarie delle amputazioni e condussero a qualche esito letale. Nel martirologio figurano i nomi di parecchi medici.

Un'altra sequela imprevista è stata la *sterilizzazione sessuale da raggi X,* dovuta all'azione elettiva che questi raggi esercitano sulle cellule

generative; essa è paragonabile a quella che risentono le cellule cutanee.

Oggi si è appreso a difendersi da queste conseguenze, intercettando i raggi così da impedirne l'azione ove non occorre.

Si dovette anche riconoscere che, per azione dei raggi X, può venire provocata un'evoluzione sfavorevole delle lesioni sottoposte alla cura: si può determinare l'*esaltamento del cancro* o la *degenerazione cancerosa* di lesioni prima benigne.

Si è appreso ad evitare anche siffatte conseguenze, somministrando dosi piene, distruttive, non mai dosi refratte, stimolanti.

Un comportamento analogo a quello dei raggi X si nota per i corpi radioattivi (radium, mesothorium). Nelle applicazioni di questi corpi sono emersi anche altri inconvenienti: si sono dovute spesso deplorare gravi lesioni nei tessuti attraversati dai raggi: si sono prodotte *piaghe, fistole, aderenze,* ecc. da radiumterapia.

Si è appreso oggi a prevenire anche tali esiti, ricorrendo all'uso di raggi X ultra-duri, ai filtri, alla irradiazione convergente, alle irradiazioni secondarie.

Le emanazioni dei corpi radioattivi (radium e thorium X) usate a dosi altissime (milioni di unità Mache) nel cancro, nelle artriti croniche, ecc. hanno già causato parecchi esiti nefasti. Queste *morti da emanazioni* hanno scoraggiato l'emanoterapia intensiva: per lo meno, consigliano di procedere con molta prudenza.

* * *

Perfino alcuni mezzi che aprioristicamente si giudicherebbero d'una assoluta innocuità si sono rivelati capaci di danneggiare.

Quando vennero in voga le irrigazioni, si era convinti di aver trovato una risorsa eccellente per detergere e modificare le mucose; ma ne derivarono danni inaspettati ed in particolare le *infezioni da trasporto* dei germi infettivi da un punto all'altro dell'organismo.

Così le irrigazioni nasali possono trasportare i germi dal naso nell'orecchio medio e provocare un'*otite media*: non pochi casi di sordità e sordastreria riconoscono questa origine. Ond'è che oggi si tende a rinunziare a siffatta risorsa; od almeno, se ne semplifica e se ne sorveglia la tecnica.

Allo stesso modo le irrigazioni vaginali possono veicolare i germi infettivi dalla vagina nell'utero, nelle trombe e persino nel peritoneo e provocare gravi infezioni, sovratutto quando esiste la predisposizione creata dalle piaghe del parto o dell'aborto. Per evitare la possibilità di queste *infezioni puerperali* si preferisce oggi di astenersi dalle irrigazioni sotto il parto o sotto l'aborto. Tutte le volte che esse sono consigliate, si praticano a debole pressione ed osservando le regole dell'asepsi.

* * *

I mezzi fisici usuali possono tutti danneggiare quando se ne abusa: il massaggio energico, le docce troppo fredde o troppo violente, la faradizzazione e le frizioni elettriche intense, affaticano le fibre nervose sensitive della cute, determinano vere fughe dell'energia nervosa, rendono stanchi, esauriti.

In particolare le cure termiche espongono a strapazzi nervosi quando sono intempestive: le urine divengono rosse, scarse e ricche di depositi; i pazienti perdono il sonno e l'appetito, si mostrano preoccupati, ansiosi; talvolta manifestazioni dolorose sopite si ridestano, si riacutizzano i dolori artritici, insorge un accesso grave di gotta. Sono le così dette *crisi termali*.

Anche gli esercizi fisici, ottimi in se stessi, quando sono smodati provocano strapazzo, il quale agevola alcuni stati infettivi (poliartrite acuta, tifo), perturba temporaneamente il ricambio e può danneggiare in modo grave ed anche irreparabile il cuore, ad esempio determinare un *cuore da sforzo*. Se mal regolati, nel metodo Oertel aggravano le cardiopatie, in quello Patterson riaccende i focolai tubercolari.

Anche il riposo può essere di pregiudizio.

Spesso viene prescritto ai nevrastenici molto esauriti; ma si dimentica che il riposo è astenizzante. Se protratto, induce un po' per volta uno stato di pigrizia e di apatia invincibile e crea delle *invalidità permanenti*. Non dobbiamo dimenticare che la vita è moto.

### LE DIETE MORBIGENE.

È noto che l'alimentazione può esser causa di vari stati morbosi.

Tra le diete morbigene non poche sono prescritte a scopo terapeutico. Ad esempio la sovralimentazione, in voga nel trattamento della tubercolosi, secondo alcuni tisiologi ha il compito di viziare il ricambio fino a produrre un vero stato morboso, quale è la *polisarcia*, così da trasformare l'abito consuntivo in abito artritico, più refrattario al processo tubercolare.

Ad un estremo opposto è l'ipoalimentazione. Un tempo era obbligatoria per i tifosi; ma induceva *autofagismo* dei tessuti, con produzione di sostanze tossiche (corpi acetonici, sostanze azotate di degradazione, come le amine acide). Si ritiene oggi che avesse non poca parte nel determinare o nell'aggravare lo *stato tifoso*.

Per un meccanismo analogo, la dieta carnea assoluta dei diabetici, quale era prescritta da

Cantani, facilita o provoca l'*acidosi* e poi l'*intossicazione acida* che si traduce nel *coma*.

La dieta lattea rigorosa è causa di *anemia*: Grawitz non è lontano dal presumere che l'anemia di molte donne riconosca il consumo copioso di latte, e certo questa causa interviene in molte malattie per le quali è prescritta la dieta lattea.

I NEFASTI DELLA CHIRURGIA.

La chirurgia ha attraversato e non del tutto superato un'epoca di operosità troppo aggressiva, con grave discapito delle vittime.

La precisione dei suoi attacchi, i suoi risultati tangibili, seducevano la maggior parte di coloro che avevano l'ambizione di praticarla. La soppressione delle restrizioni imposte dal dolore e dall'infezione portava a moltiplicare quasi *ad libitum* gl'interventi e ad accrescerne l'audacia. Sir Patrik Cullen giunse a dichiarare che il cloroformio ha fatto un cumulo di danni, poichè ha abilitato chiunque folle a divenire chirurgo; e si vuole che lord Lister, ottuagenario, deplorasse di aver fatto più male che bene mediante l'antisepsi, avendo rese possibili tante mutilazioni superflue o intempestive.

Ora va pronunziandosi una resipiscenza: almeno i migliori operatori intervengono il meno possibile. Fitz dichiara: ogni operazione che non migliora le condizioni del paziente dev'essere considerata come un errore terapeutico. Il chirurgo moderno si fa un dovere di non ricorrere al solo coltello, ma anche ai mezzi conservativi: alle iniezioni sclerogene (Durante, Calot), al calore (Rêclus), alla stasi passiva (Bier), all'elioterapia, ecc., ed apprezza tutte le risorse mediche. Molte malattie che per antonomasia erano designate come chirurgiche, per es. le tubercolosi ossee ed articolari, sfuggono oggi al suo dominio; di fronte ad altre, come l'appendicite o la colelitiasi, la chirurgia tende a divenire aspettante, di un'aspettazione armata. Non si operano più tanto facilmente le pretese lesioni potenziali — cancro potenziale, ulcera potenziale, ecc., — esponendo a un danno certo per evitarne uno problematico. Si è finito per cadere in non pochi eccessi della chirurgia conservativa.

La chirurgia è stata temibile sovratutto a causa delle gravi *demolizioni*. Di siffatte imprese la tecnica s'inorgoglisce, ma sono quasi sempre rovinose per i pazienti, cui procurano sofferenze maggiori di quelle che mirano ad emendare, mentre non di rado affrettano l'*obitus*.

Esempio: vengono asportate la lingua e le fauci e parti della mandibola, la laringe e parti della faringe e dell'esofago, la vescica urinaria, lo stomaco, il colon; vengono compiute exeresi estese di cancri già molto avanzati e non più utilmente operabili o che consentirebbero solo operazioni palliative.

L'asportazione *in toto* di organi importanti è stata più volte causa di *malattie operatorie*: così alle operazioni radicali del gozzo, oggi abbandonate, fecero seguito altrettanti casi di *cachessia strumipriva*; l'ovariectomia è stata spesso seguita dai disturbi della *menopausa artificiale*, cui oggi si tende ad opporre riparo mercè gl'innesti auto ed eteroplastici.

Forse troppo facilmente vengono ancora allontanati organi detti accessori, come le tonsille e l'appendice vermiforme, che certo debbono avere un qualche compito nell'economia.

Ogni nuovo procedimento operativo che promette grandi successi viene applicato largamente e senza discriminazione, anche nei casi in cui non risulta indicato. Così la cura aperta delle fratture con fissazione metallica e le artroplastiche e gli auto-trapianti ossei della chirurgia moderna, portano quasi sempre a risultati poco brillanti e che non giustificano i danni e i rischi dell'operazione. La cura chirurgica dell'epilessia conta risultati secondari del tutto miserevoli.

L'intervento può sempre avere conseguenze gravi. Un'operazione per emorroidi può esser seguita da *incontinenza fecale* irriducibile; un apparecchio per frattura troppo stretto può cagionare una *paralisi ischemica* di Volkmann; l'azione irritante del trauma operativo o della cicatrice che vi consegue è stata perfino causa accertata di *cancro traumatico*.

Gl'interventi a caldo espongono alle *infezioni secondarie*, locali o a distanza ed anche generali. Per esempio trasformano facilmente una flogosi circoscritta dell'addome in peritonite generalizzata od in setticemia. Siccome non tollerano la sutura, fanno correre anche il rischio degli eventramenti. Importano una mortalità alta. Perciò, oggi, tutte le volte ch'è possibile, si preferisce di sostituirvi le operazioni a freddo, ossia di aspettare che la virulenza dei germi siasi esaurita.

Infezioni secondarie possono essere determinate da alcune manualità operatorie: così nelle appendiciti suppurate le manipolazioni per asportare l'organo ammalato hanno fatto assorbire più volte il pus dalla circolazione sanguigna e linfatica e quindi determinato *embolismi, infarti e gangrene polmonari, peritoniti*, ecc., onde oggi si preferisce incidere l'ascesso senza toccare l'appendice, a meno che la remozione non riesca facilissima (per es. quando l'organo è libero e si presenta subito nel campo operatorio). Nelle endometriti acute il raschiamento è stato seguìto spesso da gravi esacerbazioni e diffusioni del processo infettivo, ciò che ha con-

tributo a screditare questo utile intervento. Le manipolazioni troppo attive della piccola chirurgia nelle piccole infezioni locali (foruncoli, adenopatie tubercolari, ecc.) sono state più volte causa d'infezioni generali, onde oggi si tende ad astenersi dallo spremere e ripulire eccessivamente.

Qualora si trascurino le condizioni generali del paziente, è possibile che l'intervento chirurgico riesca rovinoso: un diabetico fortemente acidosico è facilmente soggetto a gravi *infezioni*; un emofiliaco od un arteriosclerotico ad *emorragie operatorie* infrenabili; un cardiaco, ad *avvelenamento cloroformico*. Si riesce a prevenire questi esiti, sia rinunziando all' operazione, sia sorvegliandone l'andamento o preparandovi il paziente.

Però incombre sempre minaccioso il pericolo della *morte da narcosi,* la quale di solito incoglie, imprevista quanto inevitabile, prima ancora che s'inizi l'intervento. Sono anche da mettere in bilancio le *intossicazioni cloroformiche tardive,* che si manifestano in modi svariati, dall'acidosi alla dilatazione gastrica, alle nefriti; alcune sequele, come le *bronco-polmoniti ab ingestis,* che l'uso sussidiario degli alcaloidi non basta sempre a prevenire; ecc.

Tutte le operazioni chirurgiche sono seguite da *reazioni connettivali* che determinano spesso aderenze degli organi traumatizzati con quelli viciniori: stenosi, pieghe, torsioni, briglie, compressioni, ecc. e quindi possono turbare il funzionamento degli organi, provocare malesseri, dolori e malattie secondarie, dall'occlusione intestinale alla steatonecrosi pancreatica, che talvolta suggeriscono od impongono un nuovo atto operativo.

Inoltre l'atto operativo crea spesso od accelera ed aggrava le infiammazioni croniche del tessuto connettivo. Si tratta di affezioni che hanno richiamato solo di recente l'attenzione, sovratutto da parte dei medici inglesi; vanno sotto il nome di *fibrositi,* di *celluliti*; sarebbero così comuni, che sono state denotate come *la malattia del genere umano*. Ad esse dovrebbero attribuirsi molte pretese nevralgie e reumatismi.

L'influenza dell'operazione si esercita sempre in senso peggiorativo su di esse: qualche volta anzi l'affezione, forse prima latente e inavvertita, sembra insorgere dopo l' intervento. I malati che interroghiamo sono asseverativi al riguardo: i loro sintomi sono cominciati o si sono aggravati qualche mese dopo l'operazione. Le donne in ispecie, vittime docili dei chirurgi, dopo gl'interventi aggressivi che ancora sono in voga nella ginecologia, si ritrovano colpite da nuove sofferenze.

Infine gl'interventi operativi, per la preoccupazione e gli allarmi che destano, possono avere un esito sfavorevole (la « preparazione psichica » è forse il principale elemento di successo dell'anociassociazione). Possono anche esser causa di parecchi disturbi generali secondari: aggravare condizioni morbose preesistenti, determinare uno stato neurastenico o psicastenico più o meno tenace e persino provocare una psicosi post-operatoria.

### LE MALATTIE PSICOGENE.

Le manifestazioni morbose più gravi imputabili al medico sono forse di origine psichica.

Così le pratiche suggestive possono indurre uno stato d'instabilità nervosa, caratterizzato da *ipersuggestibilità* e che prepara il terreno alle neurosi.

Il maestro della neurologia aveva già mosso questo rimprovero alla scuola di Nancy, la quale abusava dell'ipnotismo. Un appunto dello stesso genere può oggi essere formulato riguardo ai metodi recenti della psicoterapia: la persuasione argomentativa e la psicoanalisi. Discutere d'idee fisse, ossessive, deliranti, significa spesso accendere un lavorio d'interiorizzazione, d'introspezione, di auto-analisi, il quale porta a radicarle ed a coltivarle.

* * *

Assai più che mediante i suoi interventi psicoterapici diretti, il medico però suole danneggiare i malati usando, per inavvedutezza, metodi suggestivi di esame o di cura, i quali inducono svariate forme psiconeurotiche.

Lo stesso Charcot ce ne ha fornito l'esempio più classico: intendiamo riportarci all'*isterismo*.

Un tempo l'isterismo si riteneva frequentissimo: secondo Sydenham costituiva la più comune delle malattie croniche. Lo si dichiarava di un'autenticità indiscutibile, poichè non mancavano mai le stimmate classiche della malattia e vi si aggiungevano i molti accidenti possibili, che costituivano tutto un corteo di manifestazioni impressionanti. Sovratutto Charcot ebbe a concentrare l'attenzione del mondo medico su questa malattia, studiata con passione e con metodo alla Salpêtrière.

Oggi l'isterismo è quasi scomparso. E le nostre idee al riguardo sono radicalmente cambiate.

Sappiamo oggi che le isterie, così numerose, così tipiche, così dimostrative, erano i medici a provocarle ed a mantenerle, con metodi imprudenti di esame e di anamnesi. Ne facevano la coltura artificiale ed intensiva, dice Chauffard.

La malattia era creata quasi di pianta dai medici.

Dell'isterismo permane oggi soltanto un substrato mentale analizzato da uno psicologo di genio, Pierre Janet: la disgregabilità della psiche dovuta a restringimento del campo della conienza (onde l'instabilità, l'impressionabilità, la suggestibilità, il puerilismo, il mendacio, la mimesi morbosa, ecc.). Questa concezione è ormai accolta quasi generalmente.

Tra le caratteristiche della mente isterica è la suggestibilità, che mette in gioco i sintomi multiformi della malattia suggeriti od ampliati dal medico, il quale educa ed esalta questa proprietà fondamentale. Babinski, la cui critica demolitrice ha molto contribuito a rinnovare la concezione dell'isterismo elaborata dal suo maestro Charcot, vorrebbe anzi ricondurre tutta l'isteria al pitiatismo: con ciò egli intende la facoltà di creare i sintomi morbosi mediante la suggestione e di farli sparire mediante la persuasione.

*
* *

Il medico assume la sua parte di responsabilità anche nel creare o nell'aggravare le *psiconeurosi da infortuno,* forme morbose differenziatesi dopo la legislazione sociale sugli infortuni: sono miscugli di sintomi isteroidi con spunti psicastenici (ansie, idee fisse, fobie) e psicosici (ipobulia, resistenza alle suggestioni favorevoli, ecc.), su di un fondo neurastenico. Il medico alimenta l'idea fissa dell'infortunato, il quale è indotto ad accampare una malattia grave, che valga di base a rivendicazioni economiche. Così egli favorisce spesso l'organizzazione di un delirio che, tra le ansie dei controlli ed i contrasti procedurali, potrà poi, per reazione, portare al determinismo di sindromi cliniche con reperti obbiettivabili (Sedderhose). In modo analogo insorgono o si alimentano altre sindromi psiconeurotiche: per es. nei militari che debbono tornare al fronte il desiderio di sottrarsi ad un pericolo può ringagliardire le affezioni psicogene, ed il medico può secondare questa tendenza.

Tutti i disturbi psico-nervosi possono riflettersi o localizzarsi in alcuni territori, ove spesso ma non sempre preesistono lievi alterazioni funzionali od organiche: nel sistema cardio-vascolare, in quello digerente, in quello respiratorio, in quello genitale, ecc. Insorgono così varie forme di *neurosi locali.*

*
* *

La suggestione agisce di continuo, non soltanto negli emotivi e impressionabili, con costituzione neuropsichica originaria, ma anche in persone perfettamente sane ed equilibrate, poichè essa costituisce uno dei processi più abituali della nostra psiche.

Dunque non c'è da rimanere sorpresi se il medico è in grado di determinare od accentuare moltissimi disturbi ripetendo con insistenza lo esame di un organo, rivolgendo la sua inchiesta verso una data diagnosi preconcetta, applicando una terapia che valga ad impressionare il paziente, a creare od avvivare nella sua fantasia un quadro morboso, a indirizzare verso uno stato ipocondriaco.

Esempio. Quando il medico ha il sospetto di appendicite, egli ricerca il punto di Mac Burney e domanda se duole; il paziente finisce per sentire più vivo il dolore in quel punto e conferisce a sua volta la suggestione al medico, il quale rimane mistificato da se stesso. In modo identico nasce la dolorabilità del cavo epigastrico nelle pretese ulcere gastriche, dei punti di Valleix nelle ovaralgie e nevralgie. Nel reumatismo acuto l'esame stetoscopico sulla regione pre-cardiaca fa insorgere i disturbi funzionali corrispondenti ad una cardiopatia, ed essi inganneranno poi anche il medico sulla loro vera natura.

Nel momento stesso in cui il medico consente che un leggero disturbo di cui si lagna il malato merita di fissare l'attenzione, e prescrive una cura medica o raccomanda un regime dietetico, ecc., egli dà corpo al sospetto e crea la malattia, che poi egli stesso curerà o che verrà affidata ad un nuovo medico, il quale disporrà di nuove risorse curative più atte a suggestionare.

Grazie a Bernheim, Strümpell, Dubois, Dêjerine, Gauckler, Zbinden, Bondurant, ecc. è ormai dimostrata la frequenza di queste malattie psicogene; esse coprono i quadri di tutta la patologia: si contano infatti falsi cardiaci, falsi gastro-enteropatici, false uterine, ecc.

Il compito dei medici nel creare siffatte malattie mimetizzate interviene anche per altra guisa. Gl'individui fortemente suggestionabili, in particolare gl'isterici, soffrono per solito delle malattie messe di moda dai medici e di cui perciò sentono parlare molto intorno a loro dagli amici o dai conoscenti, di cui leggono sui giornali e sulle riviste; essi finiscono per autosuggestionarsi. Così ci si spiega perchè un tempo si avessero tanti casi d'isterismo; più tardi di appendiciti, di ulcere gastriche e di annessiti; oggi di uricemia, di arteriosclerosi, d'ipertensione.

Questi neuropatici «vulnerabili alla suggestione», come li chiama Bondurant, costituiscono la grande classe fluttuante degli invalidi cronici, che non muòiono mai, che tentano

una cura dopo l'altra, che infestano le case di salute ed i sanatori, che affollano le sale d'aspetto dei consulenti più reputati e degli specialisti alla moda, che fanno perdere la pazienza ai pratici, che perseguitano i chirurgi, che avvelenano l'esistenza dei neurologi, ma servono ad uno scopo utile: costituiscono il substrato di umanità sofferente... su cui vivono tanti medici!

Passano dall'uno all'altro, provano ogni specie di trattamento, comprese le cure dei ciarlatani delle quali hanno sentore, ed alla fine si ritrovano carichi di malanni più di prima.

In generale soffrono di un complesso o di una successione di sintomi eterogenei e sono curati in mille modi perchè ogni medico tenta di applicare i metodi che gli sono più familiari.

Il ginecologo attacca il problema raschiando o raddrizzando l'utero, asportando gli annessi, introducendo ovuli e tamponi medicati; il chirurgo generale asportando l'appendice, innestando il duodeno allo stomaco, appendendo un rene; l'oftalmologo correggendo la refrazione oculare o sezionando i muscoli degli occhi; il gastro-enterologo lavando lo stomaco, dilatando il retto, provando varie diete, moltiplicando gli esami; il neuropatologo prescrivendo il riposo, l'elettroterapia, l'idroterapia, il massaggio e le altre risorse della sua specialità; il ciarlatano delle ultime pagine provocando svariate intossicazioni da specialità farmaceutiche e quello di piazza applicando i suoi procedimenti od i suoi intrugli. Il medico di vecchia data otteneva risultati ugualmente favorevoli con pozioni nauseanti, controstimoli e salassi.

Ciascuna di queste misure e molte altre ancora ottengono un certo successo, arrecano un certo sollievo dai sintomi che, sul momento, il medico e l'ammalato considerano come più gravi perchè richiamano maggiormente l'attenzione.

V'è dunque un'infinità di modi per curare questi neuropatici e ciascuno di essi è nel vero perchè, come dice Bondurant, « contengono tutti il germe vivificante della suggestione ».

Alle volte queste cure emendano disturbi collaterali effettivi e riescono realmente utili. Ma il disturbo fondamentale, quasi sempre di poca entità, permane: così spesso i sintomi si ripetono dopo la cura e altri vi si sovrappongono, determinati da nuove suggestioni.

Esempio. Si asporta l'appendice; ma i dolori, provocati da un leggero stato dispeptico (che può essere inerente a strapazzo psichico abituale), persistono. Il malato torna dal chirurgo, e questo lo conforta, dimostrandogli che si sono stabilite le aderenze; oppure sospetta un'ulcera, ne suggestiona i sintomi, li trova, consiglia una nuova operazione e la esegue: forma un nuovo piloro. Spera di avere guarito il suo paziente; ma non ne è nulla.

Si danno esempi straordinari, di poveri pazienti curati in molti modi, assoggettati a più interventi operativi e carichi di cicatrici, intossicati dai medicinali, oppressi dalle prescrizioni fisioterapiche, consunti da regimi dietetici di fame, che alla fine sono trasformati in invalidi incurabili, a meno che non guariscano infine per suggestione terapeutica indiretta o che non si ribellino a tutte le cure.

*
* *

Dunque il medico può fare più male che bene, in quanto può creare od aggravare o sostenere artificialmente delle malattie funzionali, psiconeurotiche? Ed i metodi numerosi ed elaborati che egli deve mettere in opera per accertare la natura delle malattie e per curarle gareggiano qualche volta con quelli dei ciarlatani, e li vincono nelle azioni dannose?

Risulta di sì. Uno dei trionfi della moderna medicina è appunto l'avere assodato questo stato di fatto e l'avere sùbito provveduto a porvi un riparo.

Si è appreso ad evitare gli esami suggestivi: per es. s'invita il paziente a palpare da sè e ad indicare dove egli avverte il dolore più intenso; ovvero si comincia a palpare una regione lontana da quella sospettata, e poi si sposta l'esame; ovvero lo s'interroga prima su altri organi. Queste norme valgono sovratutto negli esami ginecologici. Per gli organi digerenti secondo Dubois le ricerche diagnostiche devono essere riservate ai soli casi in cui può sorgere un dubbio fondato tra disturbi funzionali ed affezioni organiche: applicarle in tutti i casi di dispepsia, significherebbe gettare della polvere negli occhi del paziente, conferendogli la illusione di essere stato ben esaminato, e instillargli un dubbio che poi verrà difficilmente a svanire. Se mai, si tratta di ricerche cliniche utili ma di cui spesso il malato soffre. Anche Déjerine considera che nella maggior parte dei casi gl'individui che accusano disturbi della digestione sono falsi gastro-enteropatici, che ogni metodo all'infuori dell'interrogatorio dev'essere bandito dal loro esame: l'analisi del contenuto gastrico, il sondaggio a digiuno, la radiografia, l'esame delle feci (del quale egli mette in dubbio il valore) non avrebbero altro effetto che quello di imprimere nel cervello l'idea di un'affezione gastrica, la quale può essere o trascurabile o inesistente; le prescrizioni medicamentose, l'imposizione di regimi più o meno severi, convalidano sempre di più questa falsa rappresentazione mentale. Le stesse vedute sono condivise da Hayem, Lion ed altri gastro-entero-

logi. Ancora: Buttersack vorrebbe persino che nel reumatismo articolare acuto si esaminasse il cuore dal lato posteriore del torace!!!

Insomma, si è compreso ed anche esagerato il pericolo inerente all'uso di procedimenti di esame e di cura che posseggono un forte carattere suggestivo; si è valutata la necessità di procedere con cautela nel confermare l'esistenza dei mali che il paziente accusa e nell'applicarvi un'etichetta.

Ci si forma un abito mentale di prudenza.

Queste nozioni vengono sempre meglio avvalorate. I medici ne acquistano ormai piena contezza.

L. VERNEY.

# CONFERENZE.

## I nuovi aspetti della patologia nervosa e mentale.

(DERCUM, *The Journal of the American medical Association*, 1915, 31 luglio).

La patologia del sistema nervoso ha finora occupato un posto a parte, ha costituito un capitolo separato della patologia generale. Ma i più recenti studi hanno dimostrato che una tale distinzione è giustificata solo in parte. Certo molte delle malattie organiche del sistema nervoso devono di necessità occupare un posto separato e distinto. Ma si può dir lo stesso delle malattie funzionali e specie di quelle che sono considerate puramente psichiche? Non sono questi ultimi fenomeni da comprendersi nei processi patologici generali che riguardano l'intero organismo? Le varie funzioni dell'organismo umano, la digestione, la nutrizione, il mantenimento del calore, la produzione di energia nervosa e muscolare sono tutte la espressione di processi chimici, di processi chimici multiformi e complicati che sono intimamente legati fra loro. È il disturbo di questi processi che costituisce la malattia. Tali disturbi possono dipendere da difetti insiti alla costituzione stessa dell'individuo, e secondariamente da alterazioni indotte da cause esterne, i veleni e le infezioni.

I disturbi del metabilismo del corpo producono degli stati d'intossicazione, nei quali bisogna ricercare la causa di disordini nervosi e mentali. Anche molte affezioni che noi chiamiamo organiche, ad es. le malattie sistematizzate, devono la loro insorgenza alla presenza di sostanze tossiche, e la conseguente distruzione di nuclei e tratti di fibre deve essere considerato come lo stadio terminale del processo morboso. Per altro è sopra tutto nelle così dette affezioni nervose funzionali (ed in queste devono essere comprese le malattie mentali) che il fattore tossico spiega un'azione importante.

Che i veleni spieghino una influenza decisa nella produzione delle malattie nervose e mentali è stato confermato dalle rapide e decisive conoscenze che noi abbiamo acquistato al riguardo, ma sopra tutto dai dati clinici e sperimentali su gli effetti degli avvelenamenti da alcool e delle infezioni. In riguardo all'alcool è oramai noto come questa sostanza possa provocare non solo alterazioni di vari organi interni, ma anche processi nevritici e disturbi mentali, come delirio, confusione e stupore. Kraepelin fu il primo a rilevare che i sintomi mentali nelle infezioni sono dovuti all'azione delle tossine batteriche. Queste possono agire direttamente sul cervello, o provocare disturbi nella funzione di altri organi, disturbi che conducono ad alterazione del metabolismo generale, donde la formazione di tossine endogene, che avvelenano il cervello. Le infezioni agiscono sul fegato, sui reni, sulla tiroide, sulle capsule surrenali e su altri organi e tessuti alterandone la funzione. I prolungati stati confusionali che si verificano talora periodicamente durante la convalescenza della febbre tifoide, e di altre infezioni acute, la prolungata confusione mentale che si ha di quando in quando nell'alcoolismo non sono certo dovute alla infezione originaria o direttamente dell'alcool ingerito ma ad una tossiemia secondaria dipendente da alterato metabolismo. La confusione mentale da alcoolismo per esempio, può verificarsi parecchi mesi dopo che sia cessata l'abitudine del bere, il che induce a credere che essa sia dovuta ad una intossicazione secondaria.

Nell'individuo normale e sano i veleni intestinali sono distrutti dal fegato, dalla tiroide e da altre glandole e tessuti, oppure sono eliminati per i varii emuntori. Invece negli individui congenitamente anormali o malati, in cui questi organi di difesa non funzionano o funzionano male, i veleni intestinali possono invadere l'organismo ed il sistema nervoso può soffrire sia per l'azione diretta di tali veleni, sia secondariamente per i disturbi del metabolismo in rapporto alla disfunzione del fegato, della tiroide e degli altri organi protettivi. D'altra parte le intossicazioni endogene possono anche esse essere causa d'intossicazioni intestinali, come nella malinconia, nella quale in conseguenza delle alterazioni secretive e della diminuzione dell'energia nervosa si può formare nel tratto intestinale del materiale tossico.

Da qualunque aspetto si guardi la quistione è certo che sono le intossicazioni da alterato ricambio quelle che hanno una importanza prevalente. D'altra parte la lunga durata delle ma-

lattie mentali fa ritenere che questi veleni non possono avere caratteri tali che ne consentono la eliminazione dall'organismo, o per lo meno la rapida eliminazione. Bouchard pensa che l'organismo è un laboratorio di veleni tanto in condizioni normali che patologiche. Normalmente questi veleni in un modo o nell'altro sono neutralizzati, ma negli stati patologici quando i poteri protettivi dell'organismo sono insufficienti, i veleni stessi sono versati in circolo ed eliminati per i reni, donde la maggiore tossicità del siero di sangue e delle urine.

Il quadro clinico per altro di parecchie malattie mentali ne svela di per sè stesso la natura tossica. Molte di queste malattie, come tipicamente la malinconia, consistono di un periodo graduale d'invasione, di un periodo di massimo sviluppo dei sintomi ed infine di un periodo di remissione graduale. Questi fatti fanno pensare che si tratta di fenomeni biochimici analoghi a quelli dell'infezione e dell'immunità, analoghi ai processi fermentativi o enzimotici. Nelle prolungate intossicazioni che provocano malattie mentali l'organismo senza dubbio ricorre alla funzione di corpi immunizzanti, esso cioè reagisce alla intossicazione proprio come nelle infezioni.

Dopo avere accennato alla dottrina degli antigeni e degli anticorpi, alla dottrina dei fermenti di Abderhalden e dopo avere accennato all'applicazione teorica e pratica che esse possono avere nella patologia nervosa e mentale, l'A. passa a trattare la influenza che hanno allo stesso riguardo le glandole a secrezione interna.

I varii tessuti ed organi del corpo oltre la loro specifica funzione hanno quella di produrre delle sostanze, ormoni, che versate nel sangue o negli altri liquidi hanno la capacità di regolare la funzione di altri organi coordinandola ed armonizzandola con la vita dell'intero organismo. Le intossicazioni di origine esterna possono turbare quest'equilibrio chimico che si riverbera nell'intero metabolismo, donde le manifestazioni mentali. Ma se l'organismo è originariamente difettoso, anormale, la malattia mentale può determinarsi anche senza l'intervento di un veleno esterno o di una infezione. Le anomalie in questo senso sono innate e spesso ereditarie. Ma comunemente esse non si manifestano fino a quando il metabolismo non assume una spiccata attività, ossia nella pubertà o più tardi. In questo periodo le glandule sessuali e con esse tutte le altre glandule a secrezione interna e le formazioni e tessuti producenti ormoni assumono una nuova e più intensa funzione, una nuova chimica, e se l'organismo è mal costituito questa chimica diventa aberrante e tossica; così nella demenza precoce le glandole sessuali sembra forniscano all'organismo un materiale direttamente tossico, cioè materiale che agisce come corpo estraneo ed assume la funzione di antigene, mentre i fermenti difensivi, gli anticorpi prodotti sono in circolo ed alterano nella loro azione il sistema nervoso. Nella psicosi maniaco-depressiva pare che vi sia un gioco alterno di anticorpi e di antigeni, che agirebbero gli uni provocando l'eccitazione e gli altri la depressione e viceversa. La quistione ad ogni modo è tutt'altro che risolta. Certo che in questa forma come nelle altre puramente mentali non si può fare a meno di riconoscere che l'elemento essenziale è l'intossicazione. In quanto all'origine di essa ed al suo meccanismo di azione spetta agli ulteriori studii dire l'ultima parola.

DRAGOTTI.

---

## ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

### Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta dell'11 novembre 1915.

*Presidenza:* prof. A MONTI, presidente.

INTRODUZIONE

del presidente ACHILLE MONTI. Aprendo l'adunanza egli pronuncia le seguenti parole:

La Società nostra riprende i lavori consueti perchè la guerra non arresta la vita del pensiero in una grande nazione.

Ma il nostro pensiero è tutto alla guerra, che deve restituire all'Italia i suoi naturali confini, e salvare la tradizione civile del genio latino.

La primavera scorsa, la Facoltà nostra, memore del suo passato, seppe essere ancora una volta l'interprete del pensiero scientifico di Lombardia quando con insegnamenti speciali di chirurgia, di patologia e di igiene, dette opera valida alla preparazione sanitaria dell'esercito, da tante parti a gran voce invocata; e mirò più alto e più lungi quando riaffermò che la medicina di guerra non si chiude con l'assistenza e cogli interventi chirurgici, ma deve essere assai più largamente intesa, fondata sopra una vasta organizzazione di provvedimenti profilattici volti a salvare l'esercito e la nazione dalle grandi epidemie che nei secoli scorsi susseguivano ad ogni grande guerra.

Ora le nostre file sono diradate. Molti dei nostri soci, tutti i giovani che nella primavera scorsa erano qui a raccogliere la parola ammonitrice dei vecchi maestri, come viatico per l'imminente campagna, sono oggi lontani.

A noi un altro compito è rimasto, un duplice compito: dare l'opera nostra negli ospedali territoriali alla cura dei feriti e dei malati reduci dalla zona di guerra; raccogliere nuovi elementi per arricchire il patrimonio della nostra dottrina nell'ordine della medicina militare.

La nostra scuola ha ritrovato tutti gli spiriti grandi del suo più grande passato.

Rinverdiscono i lauri e le memorie degli antichi allievi gloriosi, da Carlo de Cristoforis ad Agostino Bertani, da Giuseppe Sirtori a Tullio Brugnatelli, da Luigi Contratti a Carlo Cassola, da Gaetano Sacchi ad Achille Missori, risalutano i giovani nostri per l'ideale della Patria quelli che già sono caduti, come Vismara, Donati, Berlese, e quelli che tornarono feriti o malati per i disagi della guerra, come Tibaldi, Moschiai, Gandini, Pietra. E i grandi maestri del passato, Bartolomeo Panizza e Mauro Rusconi, Carto Cairoli e Teodoro Lovati, Luigi Porta ed Eusebio Oehl, Francesco Casorati e Giovanni Zoia, che furono insieme medici e soldati, che organizzarono gli ospedali durante le prime guerre di redenzione, rivivono i loro più tremendi giorni per affidare a noi il compimento dell'opera loro.

Per la patria, per la libertà, perchè il patrimonio ideale ed umano della nostra stirpe non vada sommerso sotto le ondate incalzanti della violenza straniera, è oggi necessaria l'unione di tutte le forze, la più completa comunione delle anime.

Non è questo il momento della critica, è l'ora dell'azione.

Da questa azione deve nascere un'Italia più completa, più unita nella sua origine molteplicità, più valida a difendersi sulle alpi contese, sui minacciati suoi mari.

Ma appunto in nome di questa fede sia a me concesso di esprimere oggi la speranza che l'opera della Società nostra e dei nostri studiosi riesca particolarmente feconda, capace di infondere sangue nuovo nella medicina militare italiana, per darle un più alto contenuto scientifico, un vigor di vita, che le permetta in ogni momento di assorbire tutte le forze operanti della scienza nazionale, una flessibilità ed una prontezza capace di fronteggiare ogni evento.

COMUNICAZIONI.

Vengono poi presentate le seguenti comunicazioni:

CASIMIRO MONDINO presenta *alcuni apparecchi di protesi della mano e dell'avambraccio* dimostrando la loro efficacia e praticità anche nel ritorno degli arti lesi a date funzioni in rapporto colla speciale professione del ferito.

Prof. VITTORIO ASCOLI, *Proiettile entro l'orecchietta destra del cuore, pervenuto attraverso la cava inferiore.*

Fa la comunicazione anche a nome del dottor Masserini che ha compiuti gli esami con i raggi X.

Il caso è rarissimo, e però primo nostro ufficio è quello di descriverlo con accuratezza.

Carlo R., d'anni 22, soldato di fanteria.

Nulla d'interessante nel gentilizio.

L'infermo ricorda che all'età di 9-10 anni presentò edemi generalizzati, per i quali rimase a letto un mese e fu curato con bottiglie calde intorno al corpo. Nessun'altra malattia nè prima nè dopo. Però soffriva spesso di dolori al ventre, e, d'inverno, andava soggetto a raffreddori che *scendevano al petto* e davano bronchite (di breve durata).

Rimase sempre piuttosto gracile: tant'è che alla leva fu dichiarato due volte rivedibile.

Non eccessi di vino e di fumo; astinenza dalla Venere.

Fa il mestiere di *canestraro*, che lo obbliga a stare molte ore del giorno seduto e di appoggiare piuttosto fortemente le sedie al petto.

Nel gennaio 1915 entrò sotto le armi nel..... fanteria; fece regolare servizio di istruzione fino a che cominciò la guerra.

Prese parte a parecchi combattimenti sulla linea dell'Isonzo, in ottime condizioni. Il 18 luglio, mentre camminava curvo lungo una trincea per ritirare le gamelle del rancio, scoppiò uno shrapnel nelle vicinanze uccidendo parecchi soldati e ferendone altri. Si sentì colpito al dorso e provò intenso dolore irradiantesi all'arto inferiore sinistro: si piegò a terra nell'impossibilità di muoversi, ma senza perdere i sentimenti.

Dopo le prime cure in un ospedaletto da campo passò nell'ospedale di Cormons, donde il 23 dello stesso mese fu trasferito a Pavia all'ospedale del collegio Ghislieri.

Era pallido, abbattuto di forze, febbricitava modicamente: 38.4. Presentava una ferita immediatamente sopra la spina iliaca a metà tra la linea mediana e la linea esterna del corpo, lunga 5-6 centimetri e piuttosto profonda. Urinava con difficoltà, aveva stipsi.

Non appena le condizioni generali lo permisero, e propriamente il 1° agosto, fu sottoposto all'esame dei raggi X per determinare la esistenza e la posizione del proiettile. Il dott. Masserini dettò il seguente reperto: *pallottola sulla proiezione dell'ala iliaca sinistra al suo punto di mezzo.*

Lo stato generale del R. migliorava stentatamente, tuttochè la febbre fosse mitissima (37.4-37.5). Nella notte del 10 agosto ebbe una crisi di

dolori che si irradiavano dalla ferita alla schiena e specialmente al fianco sinistro: fu chiamato il medico di guardia che fece applicare vescica d'acqua calda con poco sollievo dell'infermo. I dolori al mattino erano molto mitigati.

Il 1° settembre si praticò una seconda radioscopia onde meglio precisare la posizione del proiettile, per passare poi alla radiografia che servisse di guida all'atto operatorio per l'estrazione. Si fu meravigliati di non trovare sul posto più traccia del proiettile. Si fecero passare allo scherno la cavità toracica e splancnica dell'infermo, e si ebbe l'impressione d'una piccola ombra nera rotonda entro l'ambito cardiaco, Ripetemmo col dott. Masserini parecchie volte la radioscopia: soltanto i numerosi esami sempre concordi ci convinsero ad affermare la mancanza del proiettile al di sopra della cresta iliaca e la sua presenza nell'ambito cardiaco.

Il reperto si potè concretare così: *proiettile rotondo piccolo (circa 7-8 mm. di diametro) dentro l'orecchietta destra. Il proiettile compie escursioni regolari pendolari ritmiche con la contrazione dell'orecchietta percorrendo circa 2-8 centimetri. Questo movimento pendolare viene con una certa regolarità, ad ogni 7-8 rivoluzioni cardiache, interrotto a metà a questo punto del suo percorso, il proiettile è preso da un movimento vorticoso che lo riporta al punto iniziale.*

Praticando l'esame sia dalla parte anteriore, sia dalla parte posteriore, sia di lato, si hanno sempre le medesime impressioni.

L'indagine si è ripetuta moltissime volte davanti a molti professori e medici dall'8 settembre a ieri: l'impressione di tutti concorda con la descrizione da noi riassunta.

Si è riusciti dopo molti tentativi ad ottenere radiografie con l'immagine del proiettile.

L'O. riferisce intorno ad alcuni tracciati elettrocardiografici e specialmente intorno ai tracciati del polso venoso della giugulare inscritti insieme con lo sfigmogramma dell'arteria femorale. I tracciati non dimostrano il menomo turbamento funzionale.

Ritornando alla storia del malato l'O. riferisce:

1° che la ferita dal luglio ad oggi non è ancora chiusa del tutto: tant'è che il 24 ottobre si estrassero ancora pezzetti di stoffa dell'abito;

2° che il R. presenta stipsi ostinata e vari disturbi neuroasteniformi (cefalea, annebbiamenti passeggieri della vista, insonnia, dolori vaganti lievi), malgrado i quali però le condizioni generali sono assai migliorate;

3° che in seguito alla ferita, il R. presenta ancora difficoltà alla minzione, tuttochè ora in grado assai mitigato, e che lamenta di non avere più avuto erezione del membro.

Le considerazioni possono essere brevi.

Non v'è dubbio che il proiettile è rotondo: la sua forma appare tonda in qualsiasi momento e sotto qualsiasi visuale. Similmente è certo che esso si trova entro la cavità: le oscillazioni potrebbero essere mentite da cambiamenti diastolici e sistolici della parete cardiaca, ma in tal caso mancherebbe il movimento vorticoso; ed ancora se il proiettile fosse connesso con una delle pareti non apparirebbe allo stesso modo in tutte le posizioni del soggetto specialmente nelle due posizioni, antero-posteriore e laterale.

Il proiettile non può essere pervenuto nel cuore per altra via se non per quella aperta dalla ferita del 18 luglio: infatti non presenta nè cicatrice nè ferita d'arma da fuoco in altra parte del corpo. La palla penetrata nella parte sinistra del dorso alla metà della cresta dell'ileo non ha potuto andare verso il diaframma; infatti noi l'abbiamo ritrovata il 1° agosto alla parte sinistra della colonna vertebrale all'altezza dell'ileo. Il che indica che la palla ha avuto la direzione trasversale da sinistra a destra e che non ha progredito verso l'alto.

Dal reperto iniziale, che dimostrò il proiettile all'altezza della cresta iliaca, al secondo e finora permanente reperto, che la riconosce entro l'orecchietta, è passato un mese, durante il quale non abbiamo praticata alcuna osservazione. Ha potuto la palla nel frattempo percorrere la strada dalla cresta iliaca al diaframma, traversarlo, imboccare il pericardio, risalire fino alla parete dell'orecchietta, trapassarla per giungere entro la cavità? Basta accennare alle tappe del percorso per rispondere negativamente: l'O. aggiunge che se anche ciò fosse stato possibile a verificarsi avrebbe lasciato deformità o aderenze radiologicamente riconoscibili.

L'O. ritiene più semplice e facile interpretazione questa, che il proiettile, giungendo dalla parte posteriore del dorso, si sia trovato approssimativamente a livello dell'angolo d'incrocio delle due iliache per costituire la cava inferiore e che, con o senza avallamento della parete della grossa vena incontrata, abbia prodotto una periflebite con successiva perforazione della parete venosa e penetrazione entro il lume. Il malato giacendo sul dorso, bastava la pressione negativa esistente nella grande corsia venosa per attrarre il proiettile entro la pompa aspirante cardiaca. Il diametro della vena è superiore a quello del proiettile. Il diametro del proiettile risulta all'ispezione radiografica dell'approssimativa misura di 6-8 centimetri, e può ritenersi con sicuro giudizio di tale grandezza, ch'è ordinaria per le pallottole di shrapnel.

L'O. non intende diffondersi sulle ferite del cuore da arma da fuoco, che non hanno molto

a che fare con il caso presente. Il soggetto in molti di tali casi è restato in vita senza presentare gravi inconvenienti, se il proiettile era incuneato nella parete del cuore. Ricorda invece tre casi in cui il proiettile da una ferita del torace arrivò entro la cavità: dei tre casi, uno morì dopo 4 mesi e un secondo dopo 7 per morte improvvisa; il terzo, studiato da Armaingaud e operato da Beaussenat, guarì dopo avere presentato fenomeni gravissimi nel decorso postoperatorio (per tre giorni intensa dispnea con minaccia di sincope).

Dopo ciò e dopo i molteplici conati di chirurgia del cuore l'O. si è chiesto se convenisse sottoporre l'infermo a un atto chirurgico che lo liberasse dall'eventualità di una morte improvvisa per il passaggio del proiettile entro il ventricolo destro e quindi entro qualche grosso tronco dell'arteria polmonare. L'O. non conoscendo che la casistica limitata ai tre casi ricordati non crede che la esperienza altrui possa molto conferire al nostro giudizio. Egli ritiene però che, poichè un caso è guarito chirurgicamente, ci si deve porre netto il problema dell'operabilità.

L'O. sarà lieto di sentire in proposito l'opinione dei molti presenti, che hanno avuto la cortesia di constatare sullo schermo radioscopico i fenomeni da lui descritti: egli è esitante. In teoria sarebbe propenso ad intervenire: nel caso concreto lo trattiene specialmente la debole costituzione e lo stato nervoso del paziente. La debole costituzione del paziente ha riscontro semeiologico in una lieve riduzione di suono con respiro aspro all'apice polmonare sinistro e in peribronchite (tubercolare!) estesa a molte diramazioni dei medi bronchi d'ambo i polmoni e con glandole tubercolari caseificate all'ilo del polmone destro. L'O. teme che il grave disturbo respiratorio e circolatorio che interviene nell'atto operativo e subito dopo (disturbo presentatosi minaccioso per 3 giorni nell'unico caso operato) possa compromettere la vita d'un soggetto con lesioni polmonari croniche specifiche.

L'O. aspetta il consiglio dei presenti. Per conto suo è soddisfatto dell'onore di riferire un caso così raro. Esso può aprire la strada a nuove indagini sulla tolleranza del cuore per corpi estranei, sulla trasmissione di corpi estranei lungo le vene, sulla temibilità degli infarti polmonari, ecc. Non sono rare le volte che l'osservazione clinica apre la via alla proficua indagine sperimentale. Sa che il collega Monti ha iniziate esperienze sui cani e spera che egli vorrà offrire ai colleghi come primizia una breve relazione dei fatti osservati.

Il prof. MONTI per spiegare il caso importantissimo osservato dal prof. Ascoli, ha cercato di seguire la sorte dei proiettili introdotti nelle vene di grossi cani.

Una pallottola sferica di piombo, introdotta nell'iliaca del cane, viene facilmente *bevuta* dal vaso, così che si muove verso la cava, ma giunta all'altezza delle sopraepatiche, ricade in una di queste. Per questa via non si riuscì a far giungere una palla nel cuore del cane; l'esperimento valse tuttavia a persuadere che tale doveva essere la via seguita nel caso di Ascoli.

Per la via della giugulare esterna riuscì invece assai facile far giungere pallottole nel cuore destro. Ma nessuna si fermò: tutte passarono nei polmoni senza gravi conseguenze. Un cane sagrificato dopo cinquanta giorni aveva due proiettili incistati nei polmoni senza traccia di infarto. Per ciò ritiene che anche nel caso di Ascoli non si debba ritenere pericolosa la presenza del proiettile nel cuore. Se anche il proiettile passasse nel polmone, dall'esempio dei cani si può ancora sperare che non avvengano inconvenienti molto gravi.

Forse il proiettile nel caso Ascoli è frenato da una briglia trascinata dal focolaio della ferita. L'autore ha potuto riprodurre il caso introducendo nella giugulare una palla frenata con un filo di seta.

Il prof. LEGNANI domanda al prof. Ascoli se, tenuto conto che alla radioscopia il proiettile fu trovato a livello della cresta iliaca in un piano equidistante alla spina iliaca anteriore superiore sinistra e alla linea mediana, convenga ritenere probabile che il proiettile stesso non sia entrato direttamente nella cava, ma secondariamente per mezzo della vena iliaca comune di sinistra.

Il prof. PREDIERI fa le seguenti domande: 1ª In base ai risultati radiografici, fu possibile stabilire la distanza tra la pallottola di shrapnel e la vena cava? 2ª Essendovi controindicazioni per un intervento chirurgico, quale potrà essere la sorte del proiettile e quale quella del ferito?

Il prof. ASCOLI ringrazia, anche a nome dei colleghi, il prof. Monti per avere riferito i primi risultati delle sue esperienze sui cani; si augura di vederle continuate e perfezionate.

Ai colleghi Legnani e Predieri risponde che, come ha già riferito, al primo esame di R. fu constatato il proiettile con la radioscopia; ma non fu disgraziatamente praticata la radiografia: non fu determinata allora, nè si potè fare ciò in seguito, la distanza iniziale tra la colonna vertebrale e il proiettile e deve rimanere in dubbio, considerata la topografia della regione, se la palla abbia imboccato piuttosto la iliaca alla confluenza con la cava o la cava stessa. Alla domanda del Predieri circa la prognosi a distanza, l'O. risponde che non solo il mestiere del

profeta è difficile in medicina, ma che la casistica è troppo ristretta per autorizzare qualche legittima. Il pericolo della trasmigrazione potrebbe essere meno grave che a prima vista non paia, stando ai primi saggi sperimentali riferiti dal Monti questa sera; d'altronde il pericolo dell'intervento chirurgico per le gravi condizioni respiratorie del soggetto pare all'O. così minaccioso che preferisce, almeno per ora, che il suo infermo corra l'alea del caso.

ACHILLE MONTI. *I proiettili esplosivi da fucile austriaco: caratteri delle ferite dai medesimi prodotte.*

Descritti gli effetti esplosivi dei proiettili ordinari sparati a breve distanza, e quelli determinati da proiettili che si scamiciano nel canale della ferita, presenta un vero proiettile esplosivo opportunamente sezionato.

Questi proiettili, raccolti dai nostri alpini nelle trincee nemiche nella zona dell'Isonzo, corrispondono alle descrizioni date dal Reiss e dal Ferrarini, riprodotte poi in diversi giornali.

La pallottola ha la struttura di una minuscola granata; contiene una camera ripiena di esplosivo, che viene acceso dall'urto d'un percussore, racchiuso in altra cameretta sottostante, contro una capsulina di rame a fulminato.

L'esplosivo contenuto nella pallottola contiene clorato di potassa e stibina.

Diversi casi osservati poterono essere ascritti ai proiettili in questione per i caratteri della ferita con gravi perdite di sostanza, per la presenza di un foro d'entrata con diversi fori di uscita, per le estese lacerazioni interne dei tessuti, per l'aspetto necrotico grigio brunicccio delle superfici lese, per la presenza nelle ferite del percussore cilindro-conico in ottone, della capsulina o dischetto di rame, o delle camere interne in acciaio.

Oltre agli effetti laceranti dovuti all'esplosione, tali proiettili esercitano un'azione necrotizzante per i gaz sviluppati dall'esplosione.

VERATTI EMILIO. *Ricerche bacteriologiche su alcuni casi di febbre tifoide osservati nell'ospedale militare di riserva di Pavia.*

L'autore ha stabilito la notevole frequenza (circa il 30 %) dell'infezione da paratifo B fra le forme di febbre tifoide provenienti dalla fronte.

Descrive sommariamente sette casi di infezione da paratifo A in tre dei quali la diagnosi fu stabilita con certezza mediante l'emocoltura, nei rimanenti con probabilità in base al risultato dell'agglutinazione.

Presenta i tre ceppi di paratifo.

FERRUCCIO MARCORA. *Osservazioni cliniche sulla tifoide castrense.*

Nell'ospedale militare di riserva di Pavia l'A. ebbe l'opportunità di osservare trecento casi di febbre tifoide. L'emocoltura che venne praticata sistematicamente — e che diede esito positivo in 90 casi — e le ragioni sierologiche permisero di stabilire che nel 30 % circa dei malati, l'infezione era determinata da paratifo, sia del tipo B che del tipo A. I casi da paratifo B erano però in numero prevalente.

L'interesse maggiore delle osservazioni dell'A. consiste appunto in questo speciale carattere che l'epidemia ha presentato di essere sostenuta da parecchi agenti patogeni.

La mortalità riferita alla totalità degli infermi fu di poco superiore all'8 %; riferita invece separatamente ai casi di tifo eberthiano e di paratifo raggiunse il 10 % pei primi e fu invece inferiore al 2 % pei secondi. In due malati di tifo addominale diagnosticato batteriologicamente per mezzo della emocoltura l'A. osservò manifestazioni emorragiche della cute simili a quelle che si verificano nei casi di porpora emorragica.

Oltre che per la rarità della manifestazione morbosa (i casi di tifo con manifestazioni emorragiche furono descritti in numero scarso e in pochissimi si era potuto stabilire una sicura diagnosi batteriologica) i casi osservati dall'A. presentarono particolare interesse per la spiccata tendenza delle macchie emorragiche a disporsi simmetricamente rispetto alla linea mediana e per la gravità dell'infezione che portò all'esito letale. Di un caso si potè fare l'autopsia la quale rivelò l'esistenza di numerose emorragie sottomucose lungo tutto il decorso dell'intestino. I reni, entrambi ingranditi, presentavano numerose emorragie nello spessore del parenchima ed erano infarciti di linfomi tifici.

I casi di paratifo furono essenzialmente caratterizzati da un decorso più benigno della malattia e da minore durata della febbre (16, 21 giorni). L'inizio della malattia è per lo più brusco e il periodo di stato è generalmente di durata minore che nel tifo. I sintomi presentati dai diversi organi sono molto simili a quelli che si riscontrano nel tifo, però si possono avere, in alcuni casi, manifestazioni cliniche che presentano una speciale fisionomia.

Uno speciale aspetto assolutamente caratteristico della roseola, ad esempio, l'A. ha potuto notare in alcuni malati di paratifo B, i quali presentano pure note sintomatiche caratteristiche da parte degli organi digerenti.

I casi osservati dall'A. non sono però sufficientemente numerosi e le note sintomatiche da lui rilevate non sono sufficientemente costanti da permettere, in base a dati puramente clinici, una distinzione tra infezione tifica e infezione paratifica. Una diagnosi sicura tra di esse non può essere fondata che su dati batteriologici.

# APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

## CASISTICA E TERAPIA.

### La broncospirochetosi di Castellani.

È stata descritta sin dal 1905 da Castellani che l'aveva denominata, per l'agente eziologico, spirochetosi bronchiale; è stata anche chiamata spiroschaudiniasi bronchiale e bronchite di Castellani; è opportuno però ricordare che sotto il nome di spirochetosi del Castellani, si intende generalmente la framboesia tropica.

Il dott. Lurie della Croce rossa americana ne ha osservato in Serbia un caso, che sarebbe il primo descritto per l'Europa e ne riferisce in *Riv. crit. di clin. med.* 20 novembre. Trattavasi di una signora di 24 anni che da sei settimane aveva tosse con scarsa espettorazione mucopurulenta; condizioni generali un po' deperite, talvolta, verso sera, qualche elevazione febbrile. All'esame del torace si ascoltava soltanto qualche rantolo umido alle basi; negativa la ricerca del bac. di Koch, mentre nei preparati colorati col Giemsa si notava la presenza di numerose spirochete. Con una cura di arsenico e di balsamici le condizioni migliorarono, scomparendo l'espettorazione e le spirochete.

La malattia è causata dalla *Spirochaete bronchialis,* molto variabile per lunghezza, spessore, ecc.; nel caso dell'A. la lunghezza variava da 5 a 30 μ e le spire da 3 a 8.

*Sintomatologia.* Castellani distingue 3 tipi: l'acuto, il subacuto, il cronico; nel primo l'individuo si sente raffreddato, e poi si sviluppa la febbre, che dura 5-6 giorni, raramente molto alta; vi è espettorazione scarsa mucosa o mucopurulenta; talvolta l'ammalato si sente molto stanco, con forte cefalea e dolori reumatoidi.

La forma cronica può seguire un attacco acuto: vi è tosse cronica con espettorazione che può essere striata di sangue, in alcuni casi si sono verificate delle emottisi; all'ascoltazione del torace si rivela solo qualche rantolo. La temperatura può essere normale, oppure aversi febbre a tipo intermittente o ondulante.

Il decorso può essere protratto e la malattia durare per anni con alternative di miglioramenti e ricadute, le quali, in genere, sono abbastanza facili.

Si sono osservate come complicazioni la rinite e la pneumonite da diplococco di Fränkel; qualche volta si danno infezioni miste con tubercolosi o con broncomoniliasi.

Nella diagnosi si deve escludere la tubercolosi (assenza del bacillo) la broncomicosi e l'emottisi endemica (assenza di uova del Paragonimus Westermani).

La prognosi nei casi acuti è favorevole, nei cronici però la malattia può avere un corso molto lungo (5-7 anni) e dare profondo deperimento e anemia.

Nella terapia sono da prendere in considerazione anzitutto l'arsenico (liq. del Fowler, cacodilati) e poi i balsamici ed i glicerofosfati.

FIL.

### Azione ed uso dell'emetina nell'endamebiasi.

Lyones (*The American Journal of Medical Sciences,* 1915 luglio) ha trovato che l'ipecacuana e l'emetina, quando sono somministrate sia per bocca che per via ipodermica esercitano la loro azione solo dopo che sono stati assorbiti nella circolazione sanguigna e colpiscono le amebe solo quando queste si trovino a contatto col sangue ossia nei tessuti. Le amebe infatti libere nel tubo digerente non sono attaccate dai detti medicamenti nè quando questi vengono ingeriti per via orale, nè quando vengono iniettati sottocutaneamente.

D'altra parte si è potuto sperimentalmente dimostrare che i princpî attivi dell'ipecacuana somministrati per la bocca non vengono eliminati con le feci.

L'emetina iniettata sotto cute non produce la distruzione dell'endameba coli, un parassita che vive liberamente nell'intestino. Questo fatto conferma l'ipotesi che il medicamento non è eliminato per la via intestinale.

Viceversa l'emetina agisce quando il parassita è già penetrato nei tessuti della parete intestinale, come è il caso dell'ameba dissenterica. Per ottenere i desiderati effetti terapeutici è necessario quindi somministrare l'emetina per via ipodermica. Lyons ritiene che ripetute iniezioni di piccole quantità siano più efficaci, poichè esse sono rapidamente assorbite e gli effetti sono mantenuti costanti. Nei casi gravi si dovrebbero praticare iniezioni endovenose.

La somministrazione per via orale è controindicata anche perchè produce irritazioni intestinali. Per le stesse ragioni non sono consigliabili le irrigazioni per via rettale. L'ipecacuana viceversa è meglio somministrata per la via orale.

Per quel che riguarda la dose Lyons osserva che ordinariamente nei casi di dissenteria amebica è sufficiente la dose quotidiana di circa 6 cgr. ed anche meno. Il trattamento deve du-

rare una o due settimane. Se la cura è troppo prolungata o le dosi di emetina troppo alte la diarrea può aumentare e divenire persistente, ed insieme comparire altri disturbi anche gravi.

Per prevenire le possibili recidive, che sono determinate dalla penetrazione nella parete di amele rimaste libere nel lume intestinale o dalla riviviscenza di forme incistate, il trattamento dopo la guarigione dovrebbe essere ripetuto di tanto in tanto anche quando non si osservino delle cisti.

*a. a.*

**Cura dell'ulcera dei tropici.**

L'*ulcus tropicum* è una malattia molto comune. Sarebbe piuttosto difficile precisarne le cause, poichè di solito contribuiscono a determinarla fattori molteplici, i quali tutti nella pratica devono essere presi in considerazione. Essa si riscontra per lo più nella porzione inferiore delle gambe ed ai piedi, molto raramente nelle estremità superiori.

Elementi causali molto semplici possono occasionalmente produrla: un trauma, una contusione. Essa può progredire rapidamente, sì che in una settimana può raggiungere la grandezza di una moneta da due soldi od anche di più. Spesso se ne riscontrano parecchie; l'una si manifesta accanto all'altra.

Il fatto che possono essere prodotte da piccoli traumi dimostra che la resistenza individuale dei tessuti è molto debole. Ciò può essere in rapporto col genere di vita e d'alimentazione delle genti che vi vanno soggette; inoltre nella maggior parte dei casi si hanno stigmate di sifilide ereditaria od acquisita; e se a ciò si aggiunge la frequenza della malaria cronica e della filariosi, si ha un'idea della molteplicità dei fattori causali di questa malattia.

La diagnosi è facile. Le ulceri sono più o meno rotondeggianti, a margini rilevati, duri di consistenza e di colorito pallido, col fondo coperto da detriti giallastri in scarsa quantità. Quando i processi di disintegrazione dei tessuti sono più rapidi, si ha notevole produzione di pus. Esse sono molto dolorose. Abbandonate a sè, tendono ad allargarsi: l'infermo diminuisce di peso, si anemizza e diventa incapace di lavorare.

Quanto alla cura, gli antisettici comuni e gli astringenti sono più o meno inutili; se però vi è produzione di pus, i lavaggi con lisolo caldo o permanganato all'1 % giovano a detergere il fondo. La cura in ogni caso dev'essere attiva, e molto dipende dai caratteri dell'ulcera. Se essa è piccola, il salvarsan è molto efficace; se è ampia, bisogna ricorrere agli innesti. Questi non in tutti casi sono consigliabili. Nelle ulcere croniche gli innesti stentano ad attecchire, perchè il fondo è incallito dalla formazione di tessuto fibroso, e perciò non granula e non è atto alla vascolarizzazione. Anche se si fa precedere il raschiamento dell'ulcera, residua sul fondo del tessuto fibroso che rende difficili i processi di guarigione. In ogni caso il raschiamento deve essere fatto fino a produrre gemizio di sangue per tutta la superficie dell'ulcera, perchè l'innesto possa attecchire. Se i margini sono molto fibrosi, bisogna dissecarli e resecarli tutt'intorno. In altri casi vi sono granulazioni esuberanti, che si devono raschiare con cura. Gl'innesti riescono meglio quando l'ulcera non sia molto grande e callosa. La tecnica è quella dell'innesto chirurgico. Gli isolotti di cute vengono presi dalla coscia sulla fascia lata e lavati in soluzione fisiologica. Si deve usare molta attenzione nella fasciatura e nella medicazione dell'innesto per evitarne ogni più piccolo spostramento.

La cura salvarsanica generalmente dà buoni risultati: le ulceri guariscono rapidamente. Ciò conferma la natura specifica di questa malattia. La dose varia da 0.30 a 0.60 gr., a seconda dell'età. Talvolta il risultato favorevole è transitorio, e la recidiva si ha allora piuttosto precocemente. In questi casi sarà necessaria ancora una dose di salvarsan, con un intervallo di 1 a 3 mesi. Ciò può essere dovuto secondo l'A. (Vassallo, *The Practitioner,* 1915, n. 565) al fatto che la debole vitalità dei tessuti persista dopo che il 606 è stato eliminato. È così bassa la vitalità dei tessuti, che talvolta nella sede dell'iniezione si sviluppa un'ulcera.

È consigliabile nei casi più gravi di far precedere un periodo di cura iodio-mercuriale, della durata di 2-3 mesi a seconda delle condizioni generali dell'infermo; in secondo tempo il salvarsan è più efficace e dà risultati duraturi.

P. SABELLA.

## POSTA DEGLI ABBONATI.

(600) *Dermatosi da canne.* — Nella mia pratica professionale mi è occorso di osservare parecchi individui affetti da intenso eritema, specialmente alla faccia e ai genitali, tale da simulare una erisipela classica, con intenso prurito e leggiero movimento febbrile, causato dal maneggio di canna stagionata coperta di una muffa. Saprebbe darmi conto di tale processo morboso? Esiste letteratura in proposito? È stata studiata da altri l'azione e l'entità di tale agente? Ringraziamenti.

Dott. F. B. da S. G. S.

È noto che gli operai che maneggiano le canne (*arundo donax*) possono andar soggetti a delle dermatiti che si attribuiscono ad uno speciale fungo (*spirotrichum dermatodes*) e che si manifestano con eritema ed edema delle parti scoperte, dello scroto, della regione interna delle coscie e sono accompagnate da prurito, senso di bruciore e talora da cefalea, febbre, ecc.

Fatti analoghi a quelli accennati dall'abbonato sono stati descritti in Italia dal Lisanti (La polvere della canna comune nella patogenesi di una speciale dermatite: *Riforma medica*, anno XVII, n. 98), il quale attribuisce i fenomeni da lui osservati all'azione irritante di quella specie di intonaco pulverulento che si trova nei nodi delle canne, specie se sono secche, fra le foglie e il fusto.

In un volume di prossima pubblicazione: «Le dermatosi dei lavoratori» che il «Policlinico» darà in dono ai suoi abbonati, si potrà trovare una succinta descrizione di questa dermatite ben nota ai cultori di malattie professionali.

V. MONTESANO.

(601) *Sulla cura dell'eczema.* — Le sarei grato se volesse suggerirmi un rimedio efficace contro un eczema cronico delle mani, specie regione dorsale, che duri da anni e che abbia resistito a tutti gli unguenti astringenti e disseccanti e parassiticidi, con bagni sulfurei locali, e cure arsenico ferruginose interne, che dopo migliorie o accenno a scomparire si riaccentua dopo un bel po' e perpetua il tomento fisico e morale.

Voglia perciò compiacersi darmi precise indicazioni.

Abb. 6174.

Per sistema la «Posta degli abbonati», non risponde a quesiti riferentisi a casi clinici speciali, per i quali sarebbe necessario l'esame diretto del malato.

Per eccezione diremo, che nel caso accennato, se si tratta veramente di eczema nel senso più ristretto, occorre anzitutto eliminare ogni causa locale irritante che possa favorirne l'insorgere, compreso l'uso dell'acqua e del sapone, invece dei quali si potrà adoperare, come detersivo, l'alcool puro, sia pure con moderazione e nei soli periodi di tregua della malattia. Un accurato esame generale dell'inferma dirà poi se vi siano cause generali: anemia, linfatismo, intossicazioni gastro-intestinali, abito scrofoloso, ecc., che possano indirettamente contribuire a fare sviluppare ed a mantenere la dermatite eczematosa e, nell'affermativa, indicherà la terapia da seguire.

Come cura locale, se i preparati di catrame, adoperati con le dovute cautele (e solo negli stadii nei quali sui fenomeni di essudazione libera, o no, prevalgono la formazione di squame e la infiltrazione del connettivo) furono adoperati senza succezzo, si potrà tentare la röntgenterapia.

V. MONTESANO.

(602) Desidero conoscere se il medico è autorizzato a procurare l'aborto ostetrico in una donna rimasta incinta dalle sue relazioni con un sifilitico; e ciò per evitare che il prodotto del concepimento sifilitico trasmetta la sifilide alla madre. Nel caso affermativo, in quale tempo sarebbe giusto interrompere la gravidanza?

Abbonato n. 281.

Non lo riteniamo giustificato. Curi la madre.

a. v.

(603) Desidererei sapere se in caso di grave malaria estivo-autunnale e intolleranza assoluta ai sali di chinino si sia finora tentata la cura d'iniezioni endovenose di sublimato. Ci sarebbero altre cure da consigliare?

Abb. n. 3160.

Insista nella cura chininica.

a. v.

(604) Prego indicarmi nella «Posta degli Abbonati» (senza ricorrere ai grandi trattati di igiene) un recente manuale di *sieroterapia* e *vaccinoterapia* che tratti diffusamente degli ultimi studî e vedute su tali rami di terapia moderna.

Abbonato n. 6020.

Volendo utilmente consultare un manuale, che tratti degli studi più recenti di sieroterapia e vaccinoterapia, può provvedersi, fra gli altri, di uno dei seguenti:

Elementi di Sierologia. Prof. Alberto Ascoli (Stab. tip. Stucchi, Milano, 1912).

Vaccins, sérums et ferments. Darier, 1912.

Médicaments microbiens, etc., Metchnikoff, Sackepée, ecc. 2ª edizione, 1912.

Les Médications préventives. Nathan-Larrier, 1905.

Le sarà facile ottenere i testi francesi rivolgendosi all'editore A. Legrand, rue Serpente, 36, Parigi.

P. C.

---

Nel fascicolo scorso, a pag. 1673, colonna sinistra, linee 10-11, deve leggersi: regioni ricche di terminazioni nervose (dette zone erogene).

# VARIA.

**Il ricordo di Bartolomeo Eustachio all'Università di Roma.** — In occasione della inaugurazione dell'anno accademico, alla presenza del Presidente del Consiglio, onorevole Salandra, del Ministro della P. I. on. Grippo, del Sindaco di Roma don Prospero Colonna e di numerose autorità, il Rettore e il Senato Accademico dell'Università hanno scoperto il ricordo in onore di un maestro insigne dell'Ateneo romano nel secolo XVI. E' questi Bartolomeo Eustachio (*Eustachius*) di San Severino Marche (morto nel 1574), il cui nome è scritto a lettere d'oro nella storia della scienza, come uno dei fondatori dell'anatomia e dei promotori del metodo sperimentale. Il ricordo in bronzo è apposto a uno dei pilastri del loggiato superiore nella corte della Sapienza accanto al ricordo marmoreo in onore di Vittorio Emanuele II. Entro una composizione di stile cinquecentesco vedesi in rilievo la figura maestosa dell'Eustachio vestito dell'abito accademico, seduto in cattedra in atto di parlare ai discepoli. Tiene nella mano sinistra un cranio umano e appoggia il braccio destro su tavole sulle quali è tracciata la conformazione dell'orecchio, una delle scoperte principali del maestro. Ai lati si veggono figure di scolari in atteggiamento di riverenza; in alto fasci di ferri degli anatomisti. L'iscrizione dettata dal prof. Giacomo Giri è la seguente: *Bartholomaeo Eustachio — Picenti — Artis Anatomiche lumini — Senatus Academicus — Quartis feriis secularibus Anno MDCCCCXIV* — È opera assai lodata dello scultore marchigiano Giuseppe Tonnini.

Dell'Eustachio avemmo ad occuparci ampiamente nell'annata del 1913 in occasione delle onoranze commemorative che gli furono rese a Sanseverino Marche.

# CENNI BIBLIOGRAFICI.

***Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione***

SUTHERLAND S. N. *Trattato di dietetica.* Traduz. ital. del dott. L. Ferrio. Torino, Unione tipografico editrice Torinese.

Al *trattato di dietetica* che è contenuto in 624 pagine hanno collaborato 19 autori, tutti professori, consulenti o medici primari degli ospedali di Londra. Tale semplice constatazione prova che ognuno ha scritto brevemente, succintamente, quanto era indispensabile per l'argomento preso a svolgere.

La materia ha la buona, si direbbe la migliore, disposizione d'un trattato, dall'evoluzione della dieta dell'uomo nelle diverse età, alla fisiologia della digestione, dagli studi sperimentali sulle diete, ai cibi brevettati e alle specialità, dai metodi di alimentazione artificiale alle norme per la dieta in tutti i gruppi di malattie e nelle varie fasi della vita. Malgrado così felice organizzazione il direttore dell'opera, Sutherland, ha lasciato ad ogni collaboratore piena libertà di idee e di metodo. Ognuno ha esposto le sue indicazioni e i suoi criteri. Questa seconda apparente contraddizione è un'altra caratteristica del libro.

Fra tali contrasti spicca il lato più originale del presente trattato, in cui i medici trovano tutto quanto uomini specializzati e rotti alla pratica hanno scorto, esperimentato e riconosciuto consigliabile. Vi hanno trasfuso i consigli e i suggerimenti loro pervenuti con l'esercizio clinico immensamente utili ad apprendersi in ispecie nei primordi della carriera.

È un libro che ha punto di partenza dottrinale, ma ch'è eminentemente pratico, impastato di sana pratica. In qualunque capitolo si imprenda a leggere, pur tra le linee di condotta d'ogni diverso autore, si ritrova lo stesso indirizzo clinico, la stessa parsimonia di richiami scientifici, la stessa sicurezza di giudizio. Opportunamente il dott. Ferrio, noto anche per altre traduzioni e lavori clinici, ha presentato la presente felice traduzione, rendendo un buon servizio ai medici ed agli ammalati.

a. v.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

DE CONCILIIS U. Cisti linfatica multiloculare del mesocolon in un bambino. — Napoli, 1915.

ROMANO CLEMENTE. Caso singolare di ermafroditismo in un uomo. — Napoli, 1915.

VIANA ODORICO. Rendiconto della Maternità di Verona per il biennio 1913-14. — Verona, 1915.

D'AMATO L. Alterazioni cliniche della bile nelle intossicazioni del fegato, e loro importanza nella patogenesi della calcolosi biliare. — Napoli, 1915.

MARTELLI CARLO. La febbre dei tre giorni a Napoli. — Napoli, 1915.

DE SANDRO DOMENICO. Ricerche sulla natura e genesi della sostanza che negli amilobatteri si colera in bleu-viola col iodio. — Torino, 1914.

D'AMATO LUIGI. Su alcune condizioni che favoriscono la precipitazione della colesterina biliare. — Napoli, 1915.

MARMO SERAFINO. Un caso di gravidanza ectopica complicante una gravidanza normale. — Salerno, 1915.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Per i medici sotto le armi.

Ci giungono dai reggimenti, dagli ospedali da campo, da quelli territoriali, numerose lettere di colleghi. Sono tante che a pubblicarle tutte non basterebbe il nostro giornale. Sono lettere di consenso e di plauso per l'opera svolta dal « Policlinico » per una migliore organizzazione del servizio sanitario del nostro glorioso esercito, per una più equa e logica distribuzione delle mansioni e dei gradi ai medici richiamati. Parecchie mettono in rilievo nuovi inconvenienti, molte suggeriscono rimedî, altre elevano proteste. In genere però di tutto quanto ci si scrive, il nostro giornale si è già occupato diffusamente.

Non mancheremo d'insistere, anche a costo di ripeterci, fino a quando ai medici militari richiamati non sia stato fatto quel trattamento che riteniamo equo e conveniente. E ciò unicamente, giova qui ripeterlo, perchè i medici possano con animo il più che sia possibile sereno attendere alle nobili e faticose mansioni che sono loro commesse. Continueremo quindi a contenere la campagna entro quei limiti che ci appaiono legittimi e ragionevoli, per modo che la dignità della classe e la nobiltà della lotta, cui i medici danno tanto contributo di sacrificî e di sangue, non ne siano menomate.

Ad ogni modo i colleghi che non vedranno pubblicate le loro lettere, che per altro ci riescono sempre gradite e sono sempre utili allo scopo che perseguiamo, sapranno scusarci.

## Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie

**Sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici.**

(Il fondo resta a disposizione del futuro Congresso federale perchè ne stabilisca la erogazione a termini della Circolare n. 6 - Prot. n. 451 - 18 agosto 1915).

*Terzo elenco delle offerte*

(a tutto il 30 novembre 1915).

| | | |
|---|---|---|
| A tutto il 31 ottobre 1915 come dal secondo elenco | L. | 4993 |
| Prof. Alfonso Poppi - Bologna | » | 100 |
| Dott. Guglielmo Guerrieri - Valmontone (Roma) | » | 5 |
| Dott. Giovanni Piaggi - Padova | » | 20 |
| *A riportare* | L. | 5118 |
| *Riporto* | L. | 5118 |
| Il Direttore e i Medici del Manicomio « F. Roncati » Bologna: prof. commendatore Raffaele Brugia, dott. Giuseppe Peli, dott. cav. Natale Maccaferri, dottor Carlo Rasori, dott. Enrico Rivari, dott. Enrico Bianchi - *Offerta mensile* - rata di ottobre | » | 24 |
| Prof. Alessandro Borgherini - Padova | » | 10 |
| Dott. Adelchi Zambler - Piazzola sul Brenta (Padova) | » | 5 |
| Dott. Giuseppe Pastorello, colonnello medico - Padova | » | 10 |
| Dott. Salvatore Spallicci - Chiesanuova (Padova) | » | 5 |
| Dott. Alfredo Bretschneider - Roma | » | 50 |
| Dott. Stefano Zeni - Monselice (Padova) | » | 25 |
| Dott. Vincenzo Nardini - Cerea (Verona) | » | 5 |
| Dott. Gaetano Tasso - Preganziol (Treviso) | » | 20 |
| Dott. Aurelio Coin - Anguillara (Padova) | » | 5 |
| Dott. Umberto Zulian - Fontaniva (Padova) | » | 5 |
| Dott. Augusto Minchio - Bagnolo di Po (Rovigo) | » | 10 |
| Dott. Giuseppe Vascon - Galliera Veneta (Padova) | » | 5 |
| * Dott. Guglielmo Fabbri, capo servizio sanitario F. S. - Roma | » | 50 |
| « La Vita Sanitaria » - Roma | » | 25 |
| Dott. on. Umberto Brunelli - Bologna | » | 25 |
| Dott Giovanni Lovato - Carrara San Giorgio (Padova) | » | 10 |
| Dott. Nerino Moreteo - Taglio di Po (Rovigo) - *Prima offerta* | » | 10 |
| Dott. Domenico Pagnacco - Piombino d'Este (Padova) | » | 10 |
| Sottoscrizione promossa dall'Ordine dei medici di Roma, riportata nel fasc. 47 | » | 810 |
| Totale | L. | 6237 |

(*) In memoria della signora Caterina Silvagni.

Le somme sottoscritte vengono depositate in libretto della Cassa di risparmio di Bologna che ha concesso il frutto di favore del cinque per cento.

## RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(5697) *Servizio militare - Incompatibilità con l'esercizio di impiego civile.* — Il Dottor abbonato n. 3073 chiede conoscere se sia a lui applicabile il Decreto Luogotenenziale del 31 agosto ultimo, cumulando la funzione di medico condotto con quella di direttore dell'ospedale della Croce Rossa impiantato sul posto.

Il Decreto Luogotenenziale citato non fa distinzione fra uffici contemporaneamente esercitati nella medesima città od in luoghi diversi.

La sua portata è assoluta, nel senso, cioè, che durante la prestazione professionale nel Regio esercito od assimilati si debba riscuotere un solo stipendio e propriamente quello più vantaggioso. Ella, quindi, non può riscuotere lo stipendio di medico condotto perchè esercita le funzioni di direttore dell'ospedale della Croce Rossa, sempre che, si intende, quest'ultimo assegno sia superiore all'altro. Non è, però, obbligato ad esercitare la carica di medico condotto fino a che esigerà lo stipendio della Croce Rossa.

(5698) *Marche da bollo per ricevute di pagamento.* — Il Dottor G. B. da R. F. desidera sapere a chi spetti pagare le marche da bollo sui mandati per pagamento degli stipendi dei medici condotti.

Le marche da bollo per le quietanze sono apposte da chi riceve la somma, perchè egli deve quietanzare il debitore della somma sborsata. Gli impiegati comunali, come tutti gli impiegati governativi, debbono essi apporre sui mandati di pagamento le marche da bollo occorrenti.

(5699) *Indennità di disagiata residenza nei luoghi colpiti dal terremoto* 13 *gennaio* 1915. — Il Dottor V. R. da A. desidera conoscere se l'indennità di disagiata residenza nei luoghi colpiti dal terremoto del 13 gennaio 1915 competa anche agli impiegati interini.

Il Decreto Luogotenenziale 26 settembre 1915, n. 1468, concede la indennità di residenza nei luoghi colpiti dal terremoto del 13 gennaio 1915 agli impiegati i cui posti sieno compresi nella pianta organica dei singoli Comuni, già approvata anteriormene alla data del decreto stesso. Non vi ha dubbio che il medico interino ricopra un posto compreso nella pianta organica del Comune e che abbia pertanto diritto alla corrisponsione della indennità. Che la nomina sia precaria, non monta: occorre che il posto non sia improvvisato e che sia previsto nell'organico, ed a tale condizione la posizione dell'interino pienamente corrisponde.

(5700) *Stipendio dei richiamati sotto le armi.* — Il Dottor Gamma desidera conoscere se pei soldati chiamati sotto le armi lo stipendio si conserva per solo due mesi o per la intera durata della guerra.

Ai termini del Decreto Luogotenenziale del 31 agosto 1915 ai caporali ed ai soldati chiamati sotto le armi è conservato per la intera durata della guerra l'intero stipendio comunale.

(5701) *Pensioni.* — Al Dottor A. B. da C. rispondiamo che alla vedova del sanitario morto dopo 18 anni di servizio compete in concorso con la prole minorenne una indennità pagabile una volta tanto pari alla metà di quella che sarebbe spettata al marito nel giorno della morte. La indennità che sarebbe spettata al marito è ragguagliata ai due terzi del capitale accumulato sul conto individuale.

(5072) *Licenziamento per fine di ferma - Legalità.* — Il Dott. V. D. desidera sapere se un consigliere assessore che trovasi sotto le armi possa intervenire alle sedute del Consiglio comunale; se i tre mesi antecedenti alla fine del biennio debbono decorrere dalla data della deliberazione di licenziamento o da quella della notifica o da quella del visto prefettizio; se il licenziamento per fine di ferma si possa pronunziare senza addurre alcun motivo; se nel biennio di prova possa essere incluso un mese di servizio prestato cinque anni or sono come assessore comunale e gratuitamente e se il Comune nella condotta piena possa diminuire lo stipendio sempre che il voglia.

Il consigliere od assessore che trovasi sotto le armi non decade per tale ragione dalla carica ed ha, quindi, piena facoltà di intervenire alle sedute consiliari e di votare. I tre mesi prima che deve essere pronunziato il licenziamento decorrono dalla data della notifica fatta a mezzo del messo comunale della relativa deliberazione. Da principio la giurisprudenza ritenne che le amministrazioni comunali nel pronunciare il licenziamento del medico condotto per fine di ferma non fossero obbligate ad addurre motivi, ma, più tardi, in vista della equità della cosa, si disse, invece, che qualche motivo doveva pur essere addotto e questo desunto dal modo con cui il sanitario ha disimpegnata la prova. Non occorrono, pertanto, fatti specifici, ma bisogna dire se il sanitario abbia o meno soddisfatto il pubblico durante la prova. Nel biennio non può essere computato il mese di servizio prestato cinque anni or sono gratuitamente come assessore comunale, perchè quel servizio, fatto a grande distanza di tempo ed in condizione diversa, non è una vera prova. Nella cura dei poveri lo stipendio del medico è intangibile dopo due anni. Durante il primo biennio, in virtù del contratto, detto stipendio è del pari intangibile. Il Comune può, quindi, variare l'assegno solamente quando si avvera il cambiamento del titolare della condotta. Nella condotta piena lo stipendio si può ridurre riducendo la cura ai soli poveri.

(5703) *Sostituzione dell' ufficiale sanitario - Compenso.* — Il Dott. X. da F. essendo stato incaricato dal prefetto di disimpegnare come medico condotto le funzioni di ufficiale sanitario in luogo e vece del collega chiamato sotto le armi, chiede conoscere se ha diritto al pagamento per la nuova carica assunta e, nella affermativa, in qual modo possa indurre il sindaco ad emettere l'ordinativo di pagamento.

Il medico condotto che durante l'assenza del collega chiamato sotto le armi assume per incarico del prefetto la carica di ufficiale sanitario, ha diritto a compenso, giacchè nessuno deve arricchirsi, cioè risparmiare una somma, col danno del terzo. A Lei compete la corrisponsione della somma stanziata in bilancio per il servizio dell'ufficiale sanitario. Se il sindaco non intende emettere in favore di Lei il relativo mandato di pagamento ben può ricorrere al prefetto della provincia ed in caso di infruttuosa pratica potrà citare l'amministrazione comunale dinanzi l'autorità giudiziaria ordinaria.

Doctor JUSTITIA.

---

*AVVERTENZA:*

**I quesiti pervenuti successivamente a quelli a cui si risponde nel presente fascicolo, avranno risposta nel 1° fascicolo della prossima annata, che si pubblicherà il 2 gennaio 1916. Ciò per norma di quegli associati che hanno scritto o che volessero scrivere per sollecitare riscontro.**

*La Redazione.*

## CONDOTTE E CONCORSI.

GENOVA. *R. Università.* — Il Rettore rende noto che si chiude con il corrente anno il concorso al «*Premio Maragliano*» 1915, a norma dello statuto organico approvato con R. Decreto 25 luglio 1913, n. 955 del regolamento 9 marzo 1910.

Medico trentatreenne, esente servizio militare e da impegni con la Croce Rossa, accetterebbe posto quale interino o quale assistente in ospedale. Indirizzare offerte con dettagliate informazioni al dottor Luigi Salomone, Magliolo (Genova).

Ci si comunica:

« Si ricordi ai colleghi il boicottaggio al posto di Direttore dell'Ospedale Casati di Passirana di Lainate indetto dalla Sezione di Gallarate dell'A. N. M. C. e dal Comitato Lombardo dell'A. N. M. Osp. ».

### NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono stati nominati soci ordinari della Regia Accademia di Medicina di Napoli i professori Anile, Bottazzi, Jemma, Marfori e Stanziale; a presidente è stato eletto il prof. G. Pascale, direttore della Clinica chirurgica della R. Università.

Il conte Giuseppe Visconti di Modrone è stato nominato Ufficiale dell'Ordine Mauriziano.

Egli è ben noto nel campo sanitario per la « Istituzione Visconti di Modrone », esplicazione della sua generosa benefattrice: sotto la direzione del prof. Brambilla essa concorre alla redenzione dalla malaria e nell'elevamento delle classi rurali.

Il prof. Giuseppe Zagari, ordinario di clinica medica generale a Modena, è stato insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Dante Bertelli è nominato Preside della Facoltà medico-chirurgica di Padova.

## MEDICINA SOCIALE.

### Per l'assistenza ai mutilati ed ai ciechi.

Si è riunita la Federazione dei Comitati regionali per l'assistenza dei mutilati in guerra; e i convenuti, fra cui erano, quali delegati di Milano, il comm. Giachi, il dott. A. Bertarelli e il prof. Galeazzi, esaminando l'importante questione degli arti artificiali, per arrivare al mezzo migliore per fornire a tanti gloriosi reduci dalla guerra, degli apparecchi perfetti nel più breve tempo e col minimo sacrificio da parte dello Stato, plaudirono alla iniziativa del prof. Bertarelli, tendente a dar vita in Milano ad una grande officina di produzione di arti artificiali, così organizzata, da escludere ogni speculazione e da raggiungere al più presto lo scopo prefisso.

Nell'ordine del giorno votato, non si intende tuttavia di escludere la formazione di organismi locali, i quali, se saggiamente istituiti, potranno sempre concorrere alla soluzione dell'altissimo problema.

Si è formato a Livorno un Comitato per l'assistenza e la rieducazione dei mutilati in guerra, e ha costituito un Comitato esecutivo così composto:

Presidente onorario: cav. di Gran Croce conte Rosolino Orlando, sindaco di Livorno; commendator dottor Ettore Bracchiani, presidente dei RR. Spedali Riuniti, presidente; — vice-presidenti: prof. Giulio Anzilotti, Assunto Benni e comm. prof. Giacomo Lombroso; — segretari: cav. avv. Aleardo Campana e dott. Antonio Mario Mariotti; — cassiere: dott. Giuseppe Filomeno Rizza; — delegato presso il Comitato regionale a Firenze, cav. dott. Luigi Salmi.

Il Comitato si propone di provvedere:

1° all'eventuale assistenza e rieducazione dei movimenti in genere, utilizzando il perfetto strumentario, generosamente offerto dal professore Lombroso;

2° all'applicazione di opportuni apparecchi ortopedici;

3° alla rieducazione dei mutilati e dei privati dei sensi con l'ausilio di tutti quei mezzi che sono stati escogitati per raggiungere lo scopo.

Esso ha inviato all'on. Salandra un telegramma con cui si domandano le seguenti concessioni:

1° che si possa contare sopra un prolungamento dell'assistenza ospitaliera a carico dello Stato fino al termine della riabilitazione fisica degli assistiti e che quindi non prima di tale termine si deliberi la riforma dal servizio militare;

2° che si provveda a facilitare l'azione di Patronato a favore dei medesimi, diretta a procurare loro un posto di lavoro rimunerativo stabilendo a loro favore un diritto di precedenza a singole categorie di uffici dipendenti dalle pubbliche amministrazioni.

A Reggio Emilia il Consiglio di amministrazione dell'Istituto dei ciechi « Garibaldi » ha stabilito di creare un'altra sezione destinata a « Casa di convalescenza pei soldati divenuti ciechi in guerra ». La nuova sezione accoglierà tutti i soldati ciechi delle provincie di Reggio, Parma, Piacenza, Mantova e Modena.

I rappresentati dei Comuni del circondario di Rimini hanno deliberato in un'assemblea, presieduta dal sindaco di questa città, che ciascun Comune versi al al Comitato, all'uopo costituito, una percentuale in ragione del 2 % della popolazione, oltre a lire 100 per ogni mutilato del proprio Comune per le spese occorrenti a provvedere i mutilati di arti artificiali e per la rieducazione all'efficienza lavorativa.

## POLITICA SANITARIA.

### Comitato Medico Parlamentare.

Si è per due volte radunato il Comitato medico parlamentare sotto la presidenza dell'onorevole Santoliquido. Erano presenti gli onorevoli Mazzarella, Pezzullo, Bussi, Sanarelli, Fazzi, Rindone, Caporali, Cucca, Pietravalle, Brunelli, Maffi, Queirolo, Morisani, Pucci, Casalini, Capitanio, Cavallera, Masini, Poparo.

Alla prima adunanza fu invitato anche il professore Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini, perchè portasse il suo contributo di fatti e di osservazioni alla discussione sui più gravi problemi di igiene, di assistenza e di organizzazione sanitaria in rapporto coll'attuale momento politico, problemi dei quali il Comitato intende occuparsi dentro e fuori della Camera.

La discussione ha vertito particolarmente sulla *profilassi delle malattie infettive*. A tal uopo, affinchè il carattere tecnico del Comitato e le prerogative parlamentari tendano ad acquistare piena fiducia, è stato dato incarico ad una Commissione del Comitato stesso di fare immediatamente tutte le pratiche per giungere a profonda conoscenza di tutti i dati riflettenti l'andamento dei diversi servizi.

La Commissione è riuscita composta degli onorevoli Costellino, Queirolo, Pietravalle in unione con la Segreteria del Comitato (Maffi, Morisani, Bussi) e col presidente della seduta onorevole Santoliquido.

Il Comitato si occupò anche della legge *sugli Ordini* per prospettarne al Governo l'urgenza. Incaricato delle pratiche fu l'on. Brunelli che recatosi dall'on. Salandra s'ebbe per risposta esser persuaso della urgenza della discussione della leggina, ma ritenere necessario portare ad essa *alcune modificazioni* nei riguardi delle tabelle dei nuovi impiegati che essa crea e ciò in omaggio ai propositi di economie che il Governo si propone in tutti i rami dell'Amministrazione dello Stato.

### Interrogazioni ed interpellanze.

Fra le interrogazioni presentate alla Camera sono le seguenti:

Al ministro della guerra: sull'ordinamento del servizio sanitario nella zona di guerra e specialmente sull'impiego del personale negli ospedali da campo (on. Petrillo);

Ai ministri della guerra e dell'interno, circa i provvedimenti per la rieducazione dei ciechi e mutilati in guerra (on. Carboni, Molina e Pietravalle);

Al ministro dell'interno, per una disposizione nella legge sulla Cassa di Previdenza dei sanitari agli effetti della pensione pel tempo del richiamo alle armi, e sul trattamento fatto o da farsi dalle Amministrazioni comunali ai medici condotti (on. Sanarelli).

Al ministro della guerra, per disporre che i medici che servono la Patria, siano preferiti tanto nel Regno che all'estero, pel disimpegno dei servizi governativi (on. Vinaj).

Al ministro della guerra circa la licenza ai medici attualmente al fronte sostituendovi quelli degli ospedali territoriali (on. Marini);

Al ministro della guerra per sapere se intenda equiparare, specie nelle promozioni, la posizione degli ufficiali del corpo sanitario anche di complemento a quella degli ufficiali delle altre armi (onorevoli Raggi, Cotugno, Capitanio e Lomfredo).

### Pensioni dei sanitari comunali richiamati.

L'on. Celesia, in una sua recente lettera all'on. Brunelli, ha assicurato che da tempo hanno avuto luogo intese tra il Ministero dell'interno e la Direzione Generale degli Istituti di Previdenza per quanto concerne il trattamento di pensione da farsi, durante la guerra, a sanitari chiamati o trattenuti sotto le armi, dipendenti dai Comuni, dalle Provincie, dalle Istituzioni di pubblica beneficenza, nonchè ai medici in servizio dello Stato che non abbiano altrimenti diritto a pensione.

Con norme speciali verrebbe stabilito che il servizio militare venga calcolato utile, non solo agli effetti del raggiungimento del di diritto a pensione, ma anche a quelli della sua misura.

Si attende, per tradurre in atto tali provvedimenti, l'assenso del ministro del tesoro.

### Medicinali per le colonie italiane dell'America.

Il Ministro delle Finanze a mezzo del Ss. on. Baslini, ha risposto per iscritto nei seguenti termini ad una interrogazione presentata dall'on. Sanarelli circa «l'esportazione di Medicinali a favore delle Colonie italiane dell'America del Sud, molte delle quali a causa della guerra si trovano mancanti di assistenza sanitaria»:

«Fino dalla prima attuazione dei divieti imposti alla esportazione dei prodotti medicinali in genere, il Ministero delle finanze, per quanto si riferisce alle spedizioni destinate alle Colonie italiane dell'America del Sud, ha sempre adottati al riguardo, di intesa con le Amministrazioni della Sanità e della Guerra, criteri della maggiore larghezza. E a tali criteri il Ministero stesso si propone di continuare ad informare i suoi provvedimenti, sempre bene inteso in quanto sia consentito dalle imprescindibili necessità interne, in relazione specialmente ai prodotti di cui il nostro paese si rifornisce dall'estero e pei quali è necessario non diminuire le scorte attualmente esistenti».

### Per l'organizzazione sanitaria civile e militare.

Il Consiglio dei Ministri ha deliberato in merito a vari provvedimenti e disposizioni, fra cui notiamo la proroga a tutto il 1916 della permanenza in carica dei Consigli Provinciali di Sanità, e dei Consigli Amministrativi degli Ordini Sanitari.

Fu pure approvato lo schema del disegno di legge per gli ufficiali medici, il quale contiene disposizioni degli organici allo scopo di migliorare il funzionamento dei servizi sanitari militari.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Sui campi dell'onore.**

Sono caduti per la Patria gli ufficiali medici:

PERUSINI prof. GAETANO, capitano medico, di Udine.

BIANCHI GUIBERTO, sottotenente medico, aiuto di patologia medica presso la R. Università di Siena;

NUDA ROMANO CERONI, di Ventimiglia.

Hanno anche immolato la vita il chimico farmacista CAPPELLO SURDI SALATORE, sottotenente di fanteria e il capitano di fanteria PELIZZARO ETTORE di Torino, laureando in veterinaria.

**Una lieta notizia.**

Riceviamo e ci gode l'animo di pubblicare:

« Il dott. Pericle Carlini, assistente della clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Genova, sottotenente medico di complemento del..... reggimento fanteria, ferito a Santa Lucia di Tormino, attualmente ricoverato a Genova nell'ospedale militare, clinica chirurgica, ove fu operato recentemente col consueto valore dal professore senatore Novaro, prega smentire l'annunzio della sua morte, rimasta per ora soltanto un desiderio austriaco. 10-XII-15 ».

**I nostri eroi.**

Riceviamo e pubblichiamo:

Perchè anche nel nostro giornale sia reso il dovuto onore alla memoria di un compagno di armi colpito a morte dal piombo nemico, mentre forse sognava tutta la grandezza della Patria, della felicità sua e della sua famiglia, trascrivo l'ordine del giorno col quale ili sig. colonnello, comandante del..... Regg. Fanteria, annunzia la morte dell'aspirante Fusco Girolamo, laureando in medicina nella R. Università di Siena:

« Nella conca insidiosa di.... un proiettile di fucileria nemica colpiva nel sonno la bella giovinezza dell'aspirante Girolamo Fusco, la quale si spezzava dipoi il giorno 1° corrente all'ospedale 021.

« Il Reggimento perde in lui un giovane di alti sensi, ricco di fede e di entusiasmo.

« Addolorati, ma non sfiduciati, mandiamo alla Sua memoria un commosso saluto, ed alla famiglia, che Lo piange lontano, le espressioni del nostro profondo cordoglio ».

**L'Ospedale di Correggio.**

La cerimonia dell'inaugurazione dello plendito ospedale, offerto dal Comune di Correggio alla Congregazione di Carità e da questa messa a disposizione della sanità militare, si è svolta con la partecipazione degli onorevoli Celesia, sottosegretario di Stato per gl'interni, e Cottafavi sottosegretario di Stato per l'Agricoltura, industria e commercio, deputato del Collegio.

I padiglioni, nitidi, ottimamente arredati e disposti in modo da corrispondere a tutte le esigenze, ospitano ora un centinaio di feriti.

**Gabinetto radiologico.**

All'ospedale di Piacenza giorni sono ebbe luogo, coll'intervento delle autorità civili e militari, l'inaugurazione del Gabinetto radiologico, donato a quell'Istituto dalla locale Cassa di risparmio.

Parlarono i dottori Buscarini, Conti e Biffi.

**L'esportazione delle pubblicazioni mediche vietata in Germania.**

L' « Allgemeine medizinische Central-Zeitung » riferisce come agli editori dei libri e periodici di medicina degli stati delle Marche in Germania, sia stato notificato che le autorità militari non possono ulteriormente consentire che la produzione editoriale contenente cognizioni utili al medico, vada a finire nei paesi nemici. Gli editori hanno chiesto di conferire con il dipartimento sanitario del Ministero della guerra in caso di dubbi. Una delle Marche è il Brandeburgo, che include Berlino (*Journal A. M. A.*).

**Il giubileo di Roux.**

In occasione del suo 25° anno d'insegnamento di clinica chirurgica presso l'Università di Losanna, l'apprezzata « Revue Médicale de la Suisse Romande » ha consacrato un numero unico a Cesare Roux, decoro di quell'Ateneo.

---

Si è spento il prof. **Andrea Ceccherelli,** direttore dell'Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Parma.

Ne daremo più ampia notizia in un prossimo numero.

---

## Indice alfabetico per materie.



FINE DEL VOLUME XXII (Sezione Pratica).

**Il fascicolo 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.**
**Il 1° fascicolo dell'annata XXIII uscirà il 2 gennaio 1916.**

Roma, 1915 — Tip. Nazionale di G. Bertero e C. L. POZZI, *resp.*